1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 46

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

L'Hépatite suppurée des pays chauds

(Diagnostic, pronostic, traitement)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 7 Juillet 1886

PAR

GAURAN

(Charles - Jules - Joseph - François - Clément - Guillaume)

Né le 19 Décembre 1858 à St-Clar (Gers)

Médecin de 2me classe de la Marine

NOMS DES EXAMINATEURS

De FLEURY, *Président.*
MASSE.
RONDOT.
DUDON.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, place Puy-Berland

1886

1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 46

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

L'Hépatite suppurée des pays chauds

(Diagnostic, pronostic, traitement)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 7 Juillet 1886

PAR

GAURAN

(Charles - Jules - Joseph - François - Clément - Guillaume)

Né le 19 Décembre 1858 à St-Clar (Gers)

Médecin de 2me classe de la Marine

NOMS DES EXAMINATEURS

De FLEURY, *Président.*
MASSE.
RONDOT.
DUDON.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU CENTRE, 30, place Pey-Berland.

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. DENUCÉ..... Doyen honoraire. | M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
M. BITOT..... }

	MESSIEURS
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, chargé du cours
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générales	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSÉ.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirugicale	BOURSIER, ch. du cours. LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :
SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE.
Accouchements	DEMONS. DUDON. LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie..... M. PLANTEAU. | Histoire naturelle..... M. PÉRIER.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

MAITRES DE CONFÉRENCES :

Physique..... MM. BERGONIÉ. | Histoire naturelle..... MM. PÉRIER.
Chimie..... CARLES | Accouchements..... LEFOUR.
Anatomie topographique..... M. PIÉCHAUD

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf..... MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes..... MM. VENOT.
Clinique chir. des enf..... BITOT. | Maladies mentales..... N....

Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE ET DE MON ONCLE

A MA GRAND MÈRE

A MONSIEUR J. GASTEBOIS

témoignage de vive affection et de profonde reconnaissance

A MES AMIS LES DOCTEURS

PLANTÉ, DALIOT, DE BONADONA, RECOULES, CRAMBES.

A M. LE DOCTEUR CORRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR DE FLEURY

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Officier de l'Instruction publique.

AVANT-PROPOS

L'hépatite suppurée est fréquente à la Guadeloupe, et elle s'y présente avec une gravité exceptionnelle. Les quelques cas dont nous avons été témoin, nous ont donné l'idée d'étudier les diverses méthodes de traitement et les divers procédés d'ouverture des abcès du foie ; M. Corre a bien voulu nous encourager à poursuivre notre dessein. C'est le résultat de ces recherches que nous présentons dansce travail.

Nous avons résumé ce qui a trait au diagnostic ; nous avons également glissé sur le pronostic pour arriver au point qui intéresse le plus les médecins, au traitement ; nous passons en revue les divers traitements employés jusqu'ici, mais nous nous étendons plus volontiers sur les procédés opératoires récents et peut-être encore peu connus.

Puis, suivent quinze observations inédites et présentant, croyons-nous, un certain intérêt.

Enfin, nous terminons par un index bibliographique, que nous avons cherché à rendre aussi complet que possible.

Nous savons combien de questions intéressantes, nous laissons de côté, mais c'est à dessein que nous ne parlons pas de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, etc., pour ne pas donner à ce modeste travail, les allures d'un traité, du reste au-dessus de nos forces.

M. le Dr Corre nous a prodigué, avec son affabilité bien connue, et ses notes et ses conseils; qu'il nous soit permis de lui en témoigner ici toute notre gratitude.

Que M. le professeur A. de Fleury reçoive ici nos remerciements pour avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse inaugurale.

CHAPITRE I

L'hépatite des pays chauds est une maladie qui, par sa fréquence et sa gravité, a depuis longtemps attiré l'attention des médecins appelés à exercer dans les régions intertropicales. Aussi, est-ce un des chapitres de la pathologie exotique, qui a été le plus étudié et qui a donné lieu à un plus grand nombre de travaux.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question s'accordent sur ce point que le diagnostic de l'hépatite est entouré de très-grandes difficultés. Il n'existe pas de signe pathognomonique, et les symptômes présentés par le malade sont quelquefois si peu en rapport avec la gravité de son état, que le praticien, fût-il des plus expérimentés, assiste à des catastrophes, dont l'explication ne lui est donnée que par l'autopsie. C'est donc une maladie insidieuse qui souvent fait de sourds et rapides progrès en se dissimulant derrière les manifestations bruyantes des organes voisins ; aussi ne devra-t-on pas s'en laisser imposer, et faudra-t-il toujours aller à sa recherche. Bien souvent, en effet, le grand secret d'un heureux diagnostic est de soupçonner la maladie (*is to suspect it*, Patrick Manson).

Nous allons rapidement indiquer par quels moyens on arrivera au diagnostic.

Diagnostic général de l'état morbide (1).

A. — SIGNES COMMÉMORATIFS

a. — *Etiologiques.* — Ces signes ont une grande valeur, et il est très important de savoir si les malades ont déjà fait un séjour dans les pays chauds, notamment au Sénégal, aux Antilles, dans l'Inde; quelles maladies ils y ont contractées : la dysenterie, la fièvre jaune, la diarrhée chronique, les fièvres paludéennes; il faudra s'informer avec soin du genre de vie mené dans ces chaudes régions, de la profession, des habitudes, et appeler l'attention sur les premiers symptômes observés après le refroidissement du corps en sueur.

b. — *Symptomatiques.* — On recherchera avec soin les symptômes antérieurs à l'examen actuel, tels que signes de congestion ou d'inflammation aiguë, répétés à plusieurs reprises ou persistant depuis un temps plus ou moins long.

B. — SIGNES ACTUELS.

Etiologiques. — Les malades sont quelquefois encore atteints, au moment de l'examen de quelques-unes des affections qui ont contribué au développement de l'hépatite :

(1) Nous devons le plan de ce cadre à l'obligeance du Dr Corre.

dysenterie, diarrhée, dyspepsie, fièvres paludéennes, etc.

Symptomatiques. — Nous allons passer en revue les signes locaux, les signes fournis par les divers organes et appareils, et enfin, les signes fournis par l'habitude extérieure.

1° SIGNES LOCAUX

Physiques. — Ces signes seront fournis par les divers modes d'exploration : l'inspection, la palpation, la percussion, la mensuration, l'auscultation et la ponction exploratrice.

Inspection. — L'inspection ne donne de renseignements qu'à une période avancée de la maladie. La région thoracique est déformée, mais bien souvent cette déformation est peu appréciable à la vue, et on pourra se servir pour la rendre plus évidente du procédé de la ficelle du professeur Pitres ; enfin, l'attention sera attirée sur les signes judicieusement mis en lumière par Dutrouleau; en effet « ordinairement les reliefs de la base de la poitrine et des espaces intercostaux sont modifiés ou même effacés ; l'abdomen forme une plan continu avec le thorax. »

La palpation, méthodiquement faite, fournit des renseignements importants. La douleur provoquée éveillera immédiatement l'attention. Le foie débordant les fausses côtes, on s'assurera si le bord à conservé ses arêtes tranchantes ou bien s'il est arrondi, uniforme, inégal, ou rugueux. Si l'abcès est formé, dans quelques cas on percevra une fluctuation profonde. « Si le foie déborde les fausses côtes en bas, la palpation » fait sentir une résistance et une tension manifeste au ni- » veau de la partie hypertrophiée ; le bord de la main ne peut » plus pénétrer sous les côtes, comme cela se pratique dans » l'état sain avec assez de facilité ; si le lobe moyen est malade, » c'est dans la partie droite de l'épigastre qu'on éprouve ces

« sensations ; si c'est le grand lobe, plus à droite dans l'hypo-« chondre. » (Dutrouleau).

La percussion permet d'établir plus nettement les limites de l'organe : la matité peut remonter jusqu'au 3e espace intéricostal et descendre jusqu'à la crête iliaque.

Rappelons sommairement les données relatives aux dimensions normales du foie. D'après Frerichs, le niveau supérieur de la partie du foie en rapport avec les parois thoraciques serait : au niveau du sternum, la base de l'appendice xyphoïde ; au-dessous du mamelon, la 6e côte ; au-dessous de l'aisselle, la 8e côte ; et, près de la colonne vertébrale la 11e. La limite vraie de la partie supérieure du foie se trouverait dans le 5e ou 4e espace intercostal, en avant, et dans le 7e au niveau de l'aisselle. (Woillez, *dict. de diagnostic)* Monneret a assigné aux divers segments de l'organe les hauteurs moyennes de matité suivante :

ligne médiane	cent. 5.62	
mamelonnaire.....	12.64	
axillaires	10.57	(9.36 Frer.)
scapulaire.....	9.11	(9. 5 Frer.)
.....		(Jaccoud. Path. int.)

Résumé de l'examen de 10 Européens, comptant seulement quelques mois de séjour dans les colonies, (Guadeloupe,) et indemnes de toute affection hépatique.

1° Percussion sur la ligne scapulaire :

Ne donne que des résultats vagues, délimitation indistincte.

2° Percussion sur la ligne axillaire :

Matité franche, sans zone de submatité appréciable, la précédant ou la suivant.

Moyenne..... 8 cent. 1.

3° Percussion sur la ligne mamelonnaire.

Matité sans submatité en dessus et en dessous, en deux cas.....moyenne. 9. 2.

Matité sans submatité inférieure, en deux cas.

Matité avec submatité inférieure, débordant légèrement le rebord costal ou y répondant, en 6 cas..... moyenne.3. 4.

Matité avec submatité supérieure, continue à la submatité inférieure arrivant à 1/2 travers de doigt au-dessous du mamelon en 8 cas.....3. 6.

Matité et submatité, ensemble (10) ....moyenne.11. 10.

(Dr Corre).

Mensuration. — Les notions acquises par les moyens d'exploration précédents seront corroborés par une mensuration exacte; on se servira de l'un des nombreux cyrtomètres en usage.

L'Auscultation devra être souvent pratiquée en raison de la fréquence des lésions de voisinage qui se produisent soit dans la plèvre, soit dans le poumon. Le stethoscope appliqué à la partie supérieure du foie marquera la limite exacte de cet organe ; appliqué sur le foie lui-même, il permettra d'entendre quelquefois des bruits de frottement dûs à une périhépatite ancienne.

La ponction capillaire est enfin un moyen précieux de diagnostic ; il lévera tous les doutes. Les expériences de Lavigerie, de la Société Médico-Chirurgicale d'Alexandrie, les faits rapportés par Jaccoud, démontrent suffisamment la parfaite innocuité de cette pratique. Béranger-Féraud dit, en particulier, qu'il connaît aujourd'hui plus de cinquante cas dans lesquels le foie a été ponctionné dans son tissu, sans retentissement ultérieur dans l'organisme (Nielly); il conseille même ces ponctions dans certaines maladies du foie, comme saignée locale. On se servira indifféramment de l'appareil de Potain, ou de Dieulafoy ; on choisira toutefois une aiguille longue et d'un diamètre de 2 ou 3 millimètres.

SIGNES FONCTIONNELS

L'un subjectif (a), *l'autre objectif*, (b).

(a) La douleur peut complètement manquer, quoique le foie soit le siège d'une grande désorganisation.

On trouve quelquefois un simple gêne, des douleurs vagues, d'autres fois la douleur est vive, lancinante, continue, puis devient intermittente au moment de la suppuration: c'est le point de côté hépatique des médecins de la marine.

A côté de ces points douloureux, hépatiques, se placent par ordre de fréquence et par degré d'importance, les douleurs sympathiques, et en première ligne la douleur bien caractéristique de l'épaule droite. Ce n'est pas un symptôme constant et les médecins attachent plus ou moins d'importance à sa présence. Pour Sachs, c'est un signe de premier ordre et il l'a toujours rencontrée chez ses malades. « Quelquefois, la scapulalgie est le seul symptôme accusé par le malade, atteint d'une hépatite suppurative au début. Malheur aux médecins, et trois fois malheur au pauvre malade, si cette sourde douleur n'est pas bien interprêtée, bien évaluée dans tout ce quelle contient de menace pour la vie de ceux qui sont atteints d'une grave altération du foie. » (Sachs, com. par Van Leent).

On a signalé d'autres régions où se manifestaient des douleurs sympathiques: Cou, membre supérieur et poignet droit, la région sacro coccygiène, le creux épigastrique, le voisinage de la crête iliaque droite.

(b) L'ictère est assez rare; il résulte, soit d'un catarrhe concomitant de voies biliaires, soit d'une compression de ces voies par le pus réuni en foyer.

« Quand on a observé attentivement un grand nombre » d'hépatites, on peut reconnaître presque toujours une teinte » jaune paille de la peau ; ce n'est pas de l'ictère, c'est seule- » ment de la paleur ictérique, accompagnée quelquefois d'une » coloration plus foncée des conjonctives et ne s'accompa- » gnant pas du passage de la matière colorante de la bile » dans les urines... La teinte paille s'accompagne de rougeur » aux pommettes quand le travail de suppuration se fait ou » est terminé.» (Dutrouleau.)

2° SIGNES FOURNIS PAR LES DIVERS ORGANES ET APPAREILS.

Ce ne sont que des signes de voisinage ou de réaction.

A. — *Par l'appareil digestif.* — Presque toujours la diarrhée alterne avec la constipation ; quelquefois on observe des vomissements incoërcibles

Les selles sont décolorées.

B. — *Par l'appareil respiratoire.* — L'inflammation se propage souvent à la plèvre et aux poumons et on a alors les signes particuliers de la pleurésie et de la pneumonie.

La toux n'est pas un symptôme constant de l'hépatite suppurée, mais elle se présente toutes les fois que le diaphragme participe a l'inflammation de la surface hépatique. Cette toux est bien caractéristique et a reçu le nom de toux hépatique (*tussis hepatica, arida, sicca, molesta quidem, sed rara.*)

La respiration est courte, plus ou moins gênée, parfois dyspnéique.

C. — *Par l'appareil circulatoire.* — Les troubles de la circulation hépatique amènent une certaine stase du sang qui se traduit par des hémorrhoïdes, des épistaxis, des tâches hépatiques.

Lorsque l'abcès siége sur le petit lobe, il peut se produire une péricardite par propagation de l'inflammation et le pus peut même faire irruption dans la cavité du pericarde.

Les mouvements fébriles se produisent seulement dans les périodes d'exacerbation; ils sont caractéristiques au moment de la formation du pus. L'examen du thermomètre donnera de précieuses indications.

3° SIGNES FOURNIS PAR L'HABITUDE EXTÉRIEURE

On remarque chez les malades un amaigrissement considérable, les traits sont tirés et expriment la souffrance et l'anxiété, lorsque les phénomènes d'accuité commencent à apparaître.

Quelquefois on observe une légère infiltration séreuse aux malléoles et, lorsque l'abcès comprime la veine porte, il se produit une infiltration des membres inférieurs.

L'attitude est indifférente au début, mais plus tard le decubitus est dorsal et les malades conservent l'immobilité la plus absolue, essayant même de retenir la respiration qui exagère la douleur.

II.—Diagnostic particulier du degré et du siége

1° DU DEGRÉ

A. — *Hépatite non en imminence de suppuration.* — Les symptômes sont peu prononcés, souvent obscurs et vagues et quelquefois nuls : Il est des cas où l'exploration locale ne fournit absolument aucune donnée (Frerichs).

B. — *Hépatite en suppuration imminente ou commencée.* — A ce moment apparaissent des frissons violents, des sueurs froides et comme collantes; le pouls est petit et fréquent; la douleur devient lancinante, la température s'élève rapidement.

C. — *Abcès formé.* — Il se fait à partir de ce moment dans les symptômes généraux et locaux des modifications assez tranchées pour faire croire à une guérison prochaine; la douleur diminue, ou disparaît même complètement, la respiration gênée est remplacée par une respiration courte, dont le malade n'a souvent pas conscience, mais qui est reconnaissable pour le médecin, le pouls perd sa tension et sa plénitude, le développement du côté, sans disparaître complètement, peut diminuer sensiblement, et les forces du malade lui permettent de quitter le lit, quelquefois même de reprendre ses occupations (Dutrouleau, 617).

Mais il faut être en garde contre cette apparence d'amélioration, et, bien qu'un abcès formé puisse disparaître et laisser après lui une guérison définitive, il faut s'attendre à une nouvelle explosion des symptômes. Les signes extérieurs de l'abcès ne tardent pas à se montrer : voussure plus ou moins appréciable, œdème de la paroi thoracique et quelquefois on peut percevoir la fluctuation profonde.

D. — *Gangrène.* — Quand l'inflammation est profonde, intense, de mauvais caractère, qu'il y a abcès gangréneux, l'état général est beaucoup plus grave; il ne se fait pas de détente au moment de la formation du pus, les frissons et les sueurs sont plus marqués, la physionomie s'altère, des symptômes typhoïdes apparaissent et le malade peut succomber avant que les signes extérieurs de l'abcès se soient montrés. (Dutr. 629.)

2° DU SIÉGE

A. — *Hépatite de la face convexe.* — On observe une douleur très-vive, superficielle; la gêne de la respiration est très-prononcée, et chaque inspiration éveille les douleurs du foie; elle s'accompagne de la toux hépatique. La scapulalgie est à peu près constante. Le poumon ne tarde pas à être atteint.

B. — *Hépatite de la face concave.* — Les manifestations douloureuses sont moins aiguës et moins violentes; la gêne de la respiration est moins forte. Le développement du foie se fait par en bas; l'ictère apparaît quelquefois.

C. — *Hépatite centrale.* — La douleur est vague et profonde, difficile ou impossible à atteindre par la pression; elle s'accompagne de gêne de la respiration, et on rencontre souvent la douleur à l'épaule.

D. — *Hépatite localisée dans le lobe de spigel.* — Les abcès siégeant dans cette portion de la glande hépatique sont fort rares; on pourrait cependant les soupçonner d'après Mac Lean, si chez un malade présentant des symptômes d'hépatite on voyait survenir du hoquet et des vomissements incoercible.

III. — Diagnostic différentiel

L'hépatite peut être confondue avec divers états du foie caractérisés par une hypertrophie réelle ou fausse, accompagnés ou non de quelques-uns des symptômes de cette affection ou bien le diagnostic pourrait être égaré par une douleur qui rappelle celle de l'hépatite.

1° Etats avec hypertrophie apparente ou réelle

Déplacements. — A l'état sain, Frerichs a signalé le déplacement du foie par une rotation en avant ou sur lui-même, comme pouvant en imposer pour une hypertrophie. — A l'état pathologique, la situation du foie peut changer, soit par son refoulement vers la poitrine (ascite, tumeurs intra-abdominales), soit par son refoulement vers l'abdomen (épanchement dans les plèvres ou le péricarde), d'où augmentation de la matité suivant certaines directions, qui peut encore en imposer pour une hypertrophie; mais, dans tous les cas, l'hypertrophie seule serait le symptôme qui pourrait donner lieu à une confusion avec l'hépatite. (Woil. 409.)

Hypertrophie simple. (par simple exagération de nutrition) : — On ne trouve pas, dans ces cas, de symptômes indiquant à proprement parler l'état morbide, et à plus forte raison l'hépatite chronique.

Congestion biliaire. — C'est un état essentiellement aigu qui sera facilement reconnu aux évacuations biliaires, abondantes et caractéristiques.

Congestion sanguine. — Quoiqu'en dise Woillez, le diagnostic différentiel est parfois embarrassant et la confusion est possible: 1° Entre la congestion aiguë et une exacerbation d'hépatite chronique ; 2° Entre la congestion chronique si connue chez les individus qui ont vécu dans les pays chauds pendant un assez long temps, chez ceux qui ont eu des fièvres intermittentes et l'hépatite chronique. L'erreur sera évitée par la rigoureuse appréciation des commémoratifs et des symptômes actuels tant locaux que généraux.

L'hépatite suppurante peut être méconnue pour une con-

gestion chronique chez un fébricitant et vice versa, en raison de l'obscurité des symptômes locaux et du caractère intermittent de la fièvre dans les deux cas.

Fièvre bilieuse des pays chauds. — De même que l'hépatite, cette maladie entraîne des phénomènes gastro-intestinaux, de la fièvre et une tuméfaction plus ou moins considérable du foie. Les phénomènes thyphiques et adynamiques sont la règle dans la fièvre bilieuse. La marche de la température est différente dans les deux affections (Bertulus).

Dégénérescence graisseuse. — Cette maladie se relie à une étiologie toute spéciale (phtisie pulmonaire, alcoolisme, nourriture trop abondante avec vie trop sédentaire, etc.) et ne s'accompagne ni de tension à la région, ni de douleurs, ni d'ictère.

Hépatite syphilitique. — L'invasion est obscure, la marche lente, souvent il survient de l'ictère, une douleur gravative locale, exagérée surtout par les marches et les réactions violentes ; le foie est hypertrophié. Avec ces caractères, chez un sujet revenant d'une zone endémique, l'hépatite syphilitique pourrait être prise pour l'hépatite vraie ; de même celle-ci pourrait être prise pour l'hépatite syphilitique : Les commémoratifs seront ici très-importants à apprécier.

L'affection gommeuse du foie crée une autre source d'erreur avec l'hépatite vraie et entraîne la suppuration par l'existence de tumeurs souvent appréciées à la palpation : mais ces tumeurs sont multiples, peu volumineuses, et, leur apparition n'a pas été précédée de fièvre à allures intermittentes.

Cancer. — Ces deux maladies présentent des signes communs : une augmentation du volume du foie, des douleurs locales et sympathiques, quelquefois de l'ictère.

SIGNES DIFFÉRENTIELS

Cancer.	**Hépatite chronique**
L'hypertrophie est inégale, les nodisités saillantes, plus nombreuses, accessibles à la palpation ; les troubles digestifs sont très prononcés : il survient souvent des hématémèses ; le malade présente un état cachectique particulier et caractéristique.	L'hypertrophie est uniforme ; il n'existe pas de tumeurs avant la formation de l'abcès et alors on trouve une saillie unique. Les troubles digestifs sont peu prononcés, à moins de coïncidence de dysenterie, jamais d'hématémèse. L'état cachectique est spécial et diffère de celui qu'on rencontre dans le cancer.

Hydatides. — Les kystes hydatiques se présentent sous la forme d'une tumeur volumineuse exceptionnellement accompagnée de fièvre et de douleur. On rencontre quelquefois les douleurs de l'épaule droite, souvent de l'urticaire, un grand dégoût des matières grasses. La ponction aspiratrice lèvera tous les doutes en dénotant la présence des crochets d'échinocoques.

Abcès de la paroi thoracique ou abdominale. — Un abcès circonscrit à l'hypochondre droit peut être pris pour un foyer de suppuration intra hépatique (obs. 1).

C'est dans ces cas, que Sachs conseille, à titre de méthode exploratrice, d'enfoncer une aiguille dans le point fluctuant. Si la poche est intra-hépatique, l'extrémité libre de l'aiguille basculera dans les mouvements respiratoires, tandis qu'elle restera immobile, si l'abcès est extérieur au foie (Rendu).

2° ETATS SANS HYPERTROPHIE APPARENTE OU RÉELLE

Hépatalgie. — La douleur est locale mais sans hypertrophie ; il n'y a ni fièvre, ni dépérissement général.

C. — *Avec divers états des organes voisins du foie.*

Gastrite. — La gastrite pourrait quelquefois faire croire à une hépatite du lobe gauche, mais la localisation de la douleur, la marche de la température et les autres symtômes de l'hépatite empêcheront bientôt toute hésitation.

Les signes physiques de l'hépatite peuvent être marqués au début par les troubles fonctionnels de l'estomac, mais ils finissent toujours par devenir apparents quand une maladie plus intense ne les domine pas. Cette maladie est presque toujours la dysenterie grave ; il n'y a guère que l'intensité de la fièvre qui puisse faire soupçonner l'inflammation du foie pendant l'explosion d'une dysenterie gangréneuse ; car, alors la douleur caractéristique et les signes physiques manquent toujours (Dutrouleau).

Pleurésie. — Lorsque l'abcès se développe au voisinage du diaphragme, le foie est rarement abaissé, par contre, le poumon droit est refoulé très haut ; il se produit alors de la gêne respiratoire et de la matité à la base du poumon ; l'absence du bruit respiratoire et des vibrations vocales pourraient fort bien faire admettre un épanchement pleurétique. L'erreur a du reste été commise bien souvent, ainsi que le prouvent de nombreuses observations.

Pneumonie. — La pneumonie chronique de la base du poumon droit pourrait seule être confondue avec l'hépatite : mais

l'erreur est bien difficile à commettre avec les commémoratifs et les signes actuels.

Tuberculose. — Le développement de certains abcès du foie, peut, par les symptômes de voisinage qu'il provoque, faire croire à une tuberculose pulmonaire ainsi que M. Guéneau de Mussy en rapporte un exemple.

En revanche, les phénomènes pulmonaires peuvent, pendant longtemps, donner le change, sur la nature de la maladie et faire passer inaperçue une lésion considérable du foie (obs. IX).

IX Diagnostic Pathogénique.

Le diagnostic pathogénique est peu intéressant à connaître, qu'importe en effet que l'hépatite soit primitive, qu'elle résulte d'une irritation directe ou consécutive ?

CHAPITRE II

Pronostic.

Le pronostic de l'hépatite suppurée est très-grave ; les abcès siégeant souvent dans la profondeur du viscère sont difficilement accessibles aux moyens chirurgicaux et causent alors de graves désordres dans les organes voisins. Lorsqu'il existe plusieurs foyers séparés, le danger est au-dessus des ressources de l'art. La dysenterie, la fièvre intermittente, la cachexie palustre, qui compliquent souvent l'hépatite suppurée, ne constituent pas un empêchement absolu à la guérison, mais elles ne contribuent pas moins à rendre plus grave le pronostic.

« Cinq fois au moins sur six, les abcès sont au-dessus des » ressources de l'art, soit que la mort arrive par la gravité » des symptômes, et sans qu'il y ait eu rupture ou ouverture » spontanée, soit qu'ils se soient ouverts dans une cavité fermée » ou dans un organe voisin. Dans ce dernier cas, pourtant, » la nature peut faire les frais de la guérison, et si l'organe » intéressé n'est pas trop altéré, le pus peut s'écouler complè- » tement au dehors et la guérison se faire.

» C'est par le poumon que cette élimination a lieu le plus » fréquemment, mais c'est aussi la voie la plus funeste par

» laquelle elle puisse se faire, car pour quelques guérisons » connues, combien de morts ! On comprend, en effet, qu'il » est difficile qu'un trajet fistuleux seulement se forme de l'ab- » cès aux bronches moyennes, et que le poumon est exposé à » être détruit lui-même par la suppuration, et à devenir alors » la cause principale de la mort. L'ouverture dans l'estomac » et l'intestin est plus favorable, mais elle est aussi plus rare, » peut-être quelquefois passe-t-elle inaperçue.

» Enfin, alors même qu'on peut atteindre l'abcès, par les » moyens chirurgicaux, ce qui est le plus désirable, » on est encore loin d'avoir sauvé le malade ; il meurt, sou- » vent soit d'épuisement causé par l'abondance de la suppu- » ration, soit par différentes complications. D'ailleurs, l'abcès » ainsi guéri n'est pas toujours le dernier mot de cette terri- » ble maladie qui peut reparaître plusieurs années après et » loin de ses foyers endémiques.... (Dutrouleau).

Ce sombre tableau de la terminaison de l'hépatite suppurée était cependant l'expression de la vérité.

Mais, de nos jours, l'application de l'aspiration, du drainage et de la méthode antiseptique au traitement des abcès du foie, a constitué un immense progrès ; quoique ces conquêtes soient encore récentes, on peut déjà en mesurer les bienfaits. L'hépatite suppurée est toujours une maladie d'une excessive gravité, mais les procédés opératoires récents, par les beaux succès qu'ils ont donné, contribuent à en rendre le pronostic moins grave.

Les procédés de Stromeyer Little, de Patrick Manson et de Borius, ont déjà fourni, des résultats jusqu'alors inconnus et permettent de concevoir les plus belles et les plus légitimes espérances. En effet, la pratique du médecin de Shanghaï a eu des imitateurs et nous avons pu recueillir un total de 25 opérations d'ouverture d'abcès du foie faite d'après ces prin-

cipes ; la mortalité s'est abaissée au chiffre de 12 pour cent.

Nous sommes loin, on le voit, des résultats publiés par de Castro, par la Société de médecine d'Alexandrie et par Sachs ; ces brillants succès font prévoir que, lorsque l'emploi de ces nouveaux procédés se sera généralisé, la gravité du pronostic de l'hépatite suppurée sera très-atténuée et les décourageantes paroles de Dutrouleau ne seront plus justifiées.

CHAPITRE III

Traitement

Indications thérapeutiques. — Les indications thérapeutiques sont nombreuses, et d'autant plus variables que la maladie est arrivée à une période plus ou moins avancée et que tout espoir d'en arrêter le progrès n'est pas perdu. Si le pus n'est pas formé, il faut empêcher que l'inflammation arrive à la suppuration; s'il est collecté, il faut chercher à le faire résorber; enfin, si ces tentatives échouent, il faudra évacuer sans retard la collection purulente.

Pour procéder avec ordre dans l'exposition de ce chapitre, nous examinerons successivement :

1° *Les indications causales.*
2° *Les indications relatives à l'état local.*
3° *Les indications relatives à l'état général.*

A. — INDICATIONS CAUSALES

Dès que la maladie sera soupçonnée, il faudra commencer par écarter les influences sous lesquelles elle s'est développée et parmi celles qui peuvent en provoquer l'éclosion ou en hâter la terminaison, nous mentionnerons une mauvaise hygiène, certaines professions et enfin le milieu.

Les écarts de régime habituel, l'ingestion trop abondante d'aliments azotés et d'hydrocarbures, l'usage quotidien et immodéré des condiments, ne tardent pas à amener des troubles gastro-intestinaux et une irritation permanente de la glande hépatique.

Annesley et Twining attribuent à ces causes la fréquence de l'hépatite chez les Anglais, qui, sous le climat brûlant de l'Inde, continuent à mener la même existence qu'en Angleterre. Tous les auteurs sont en outre d'accord sur ce point que les excès alcooliques et, même l'usage habituel des spiritueux, sont une des causes les plus fréquentes de l'hépatite.

Il est aussi certaines professions qui jouissent du triste apanage de provoquer l'hépatite chez les Européens qui habitent les pays chauds; celles qui exigent une grande dépense de travail musculaire, qui exposent à des refroidissements fréquents (cuisiniers [obs. VII], chauffeurs, mécaniciens [obs. II], etc.,) qui astreignent à passer de longues heures sous les brûlants rayons du soleil des tropiques; enfin, tous ceux qui sont obligés de faire de grandes courses à cheval ou de travailler dans des milieux malsains où ils s'imprègnent des miasmes malariens, sont constamment menacés par l'hépatite.

Dès que les premiers symptômes de l'hépatite se montreront chez les personnes exposées à ces influences nocives, le premier devoir sera d'exiger un changement complet dans la manière de vivre et, si c'est possible, l'abandon de la profession dangereuse. Le régime sera rigoureusement réglé et de temps en temps on ordonnera un purgatif léger; l'huile de ricin par exemple; ce médicament est très-fréquemment employé par toute la population des Antilles et il est de notion vulgaire qu'on doit prendre «l'huile» de temps en temps pour assurer le maintien de la santé.

L'eau de Sedlitz, d'Hunyadi-Janos rendront aussi de grands services; des bains froids pris le matin, et de courte durée, des douches sur la région hépatique, feront bientôt disparaître les symptômes alarmants et le foie reprendra son volume normal.

Mais si, malgré ce traitement, les troubles gastriques persistent, si des accès de fièvre se montrent à intervalles réguliers, si les symptômes hépatiques ne s'amendent pas, il ne faut pas hésiter à soustraire le malade à l'influence du milieu qui entretient ou augmente de tels accidents et à l'envoyer sous un ciel plus clément.

Abandonner le climat contre lequel l'organisme ne peut plus réagir, est une mesure qui s'impose et on ne saurait trop tôt l'appliquer lorsque l'indication en est posée. « ... Si, du côté du foie, se manifestent des signes indiquant des troubles profonds de la nutrition, le malade doit être envoyé immédiatement dans les climats frais des hauteurs, en attendant qu'il puisse retourner en Europe au moment propice; avant de prendre cette décision, on doit tenir compte des saisons. La saison du voyage et celle que le malade trouvera en arrivant dans sa patrie, doivent nous guider dans ces circonstances. (Sachs. com. par Van-Leent.)

Nous ne saurions entièrement accepter ces propositions. En effet, lorsque le foie présente des symptômes de troubles plus ou moins profonds, ce qui faut le plus redouter pour ces malades, c'est le froid. Sous l'influence des brusques changements de température, l'activité du foie est réveillée, mais l'organe malade n'est pas à la hauteur de sa tâche, et l'hépatite qui est en puissance et qui aurait pu ne pas se développer sans ce coup de fouet, éclate alors avec des symptômes d'une gravité exceptionnelle. Aussi, dans les pays où l'hépatite est endémique se garde-t-on d'envoyer les malades at-

teints de congestions du foie dans les hauteurs. Cette règle est suivie à la Guadeloupe. Nous connaissons de nombreux exemples, où des malades atteints d'hépatite suppurée, s'étant fait transporter dans les hauteurs du camp Jacob ou du Matouba, pour fuir la chaleur accablante du littoral, et relever les fonctions digestives, n'avaient pas tardé à être emportés par la recrudescence et la gravité de la suppuration hépatique.

De même notre malade (obs. XIII) avait eu un point de côté hépatique, presque passé inaperçu à la Basse-Terre; il est envoyé au camp Jacob, et les symptômes de l'hépatite suppurée se développent avec une grande rapidité.

Ainsi donc, tous ceux qui auront eu le foie atteint, ne devront jamais être envoyés dans les hauteurs, ou la température des nuits beaucoup trop fraîche ne peut qu'exercer une influence mauvaise snr le développement de l'hépatite.

Est-on décidé à renvoyer les malades en Europe, quelle règle faudra-t-il suivre pour le choix de la saison du voyage et de celle que le malade trouvera dans sa patrie? Cette question a une grande importance et les médecins de la marine doivent statuer souvent sur la décision à prendre en pareil cas. Pour nous, ce qu'il faut toujours éviter, c'est l'influence des basses températures, soit pendant le voyage, soit dès que le malade sera arrivé dans son pays. C'est, guidé par cette considération, que l'on choisira l'époque du rapatriement la plus favorable ou la moins dangereuse.

Pendant les voyages de retour on aura bien peu à se préoccuper du froid. Cependant les transports de la Nouvelle-Calédonie traversent au retour les régions glacées de l'hémisphère sud : il faudra soigneusement en préserver les malades, et choisir de préférence la voie des paquebots. Il y a des époques où le froid se fait sentir même dans la mer Rouge et il est

alors très vif dans là Méditerrannée ; il faudra se garder de renvoyer des malades atteints d'hépatite à cette époque. Notre camarade E., (obs XV), ayant contracté un hépatite au Tonkin, est renvoyé en France. Mais dans le voyage, il dût supporter quelques jours de froid à l'entrée de la Méditerranée, et à partir de ce moment la maladie évolua rapidement pour se terminer fatalement quelques jours après son arrivée à Toulon.

Ce qu'il faut encore redouter pour cette catégorie de malades, c'est de les laisser arriver à l'entrée de l'hiver et cela dans des pays où cette saison est rigoureuse. L'influence nocive des premiers froids, comme cause déterminante d'une nouvelle poussée d'hépatite, ressort avec évidence dans les observations (II, X, XI, XIII et XV). Est-ce une raison pour priver ces malades du bénéfice d'un rapatriement ? Nous ne le croyons pas, mais nous voudrions voir prendre à leur égard des mesures spéciales qui consisteraient à leur faire attendre soit en Algérie, soit sur les côtes de la Provence, que, l'hiver passé, ils puissent retourner sans danger dans leur village.

Enfin, dans ce même ordre d'idées, nous soulèverons une dernière question. Est-il possible que le séjour dans un pays très-froid soit capable de réveiller un abcès du foie latent et de le faire évoluer ? Oui, croyons-nous, et c'est à dessein que nous rapportons le cas (ob. 11) dont nous avons été témoins. Tous les ans l'Etat envoie des navires à Terre-Neuve et entretient un certain personnel à St-Pierre et Miquelon. Les cas d'hépatite suppurée n'y sont pas rares, évoluant dans les mêmes conditions, et, nous connaissons l'exemple de plusieurs médecins de la marine, ayant longtemps habité les pays chauds, qui y ont succombé, emportés par une hépatite qu'ils croyaient ne plus avoir à redouter.

Il serait donc rationnel d'écarter de ces pays tous ceux qui

auraient été atteints d'affections du foie, et nous faisons des vœux pour que les autorités compétentes prennent de pareilles mesures.

Dès que les malades renvoyés des colonies seront arrivés en France, et dès que leur état général le permettra, un séjour dans une station thermale sera ordonné. On choisira de préférence les eaux de Vichy, de Bourbonne ou d'Amélie-les-Bains. Mais on ne saurait les ordonner indistinctement. D'après Rouis, les eaux de Vichy produisent d'heureux résultats lorsqu'il n'existe pas d'accidents intestinaux, mais elle sont nuisibles chez les personnes dont le tube digestif a conservé quelque susceptibilité. Les eaux de Bourbonne et celles d'Amélie les-Bains seront prescrites dans des limites moins restreintes.

B. — INDICATIONS RELATIVES A L'ÉTAT LOCAL.

Lorsque les symptômes de l'hépatite se montrent avec un grand éclat et se traduisent par des phénomènes douloureux intenses, il faut combattre énergiquement ces premières manifestations de la maladie et empêcher la formation du pus.

Si le sujet est jeune et vigoureux, arrivé depuis peu de temps dans les pays chauds, on pourra commencer par pratiquer une saignée générale. Cette pratique recommandée sans restriction par Annesley et Dutrouleau a eu beaucoup de vogue et, à cette époque, on n'aurait jamais manqué de commencer le traitement par une large saignée.

La réaction n'a pas tardé à se faire, et de nos jours, cette pratique est à peu près abandonnée. A tort, croyons nous, car la saignée a ses indications formelles et c'est se priver d'un moyen énergique et puissant, que de le repousser systématiquement.

Les émissions sanguines locales rendront de grands services et quelques sangsues appliquées sur la région douloureuse ameneront bientôt une sédation favorable.

L'émetique a eu, à une époque, beaucoup de vogue dans le traitement de l'hépatite et on signalait de nombreux succès dus à l'emploi de cette médication, mais quelle est la méthode qui n'a pas eu de succès ? Bérenguier, le Petit et Thèse ont beaucoup préconisé l'emploi de l'émétique à dose rasorienne.

Mais l'expérience, dégagée de toute idée de doctrine, n'a pas tardé a formuler de grosses accusations contre la méthode. Outre la prostration qui suit l'administration de l'émétique, elle produit des ulcérations le long du tube digestif souvent déjà malade, et des auteurs ont même avancé qu'elle favorisait la formation de l'abcès.

Le calomel à dose refractée a eu aussi ses beaux jours et surtout dans la pratique des médecins anglais dans l'Inde, qui cherchaient à provoquer l'hydrargyrisme. Mais Mac Lean protesta avec vigueur contre l'abus, du calomel, et cette méthode ne tarda pas a être abandonnée à cause de la débilitation profonde qu'elle provoquait chez les malades. Administré au contraire, à doses modérées le calomel peut rendre les plus grands services, car en même temps, qu'il produit une purgation légère il régularise l'écoulement de la bile.

Les vomitifs seront proscrits, tant à cause de la prostration, que leur administration amène chez le malade, que des efforts répétés que celui-ci est obligé de faire ; efforts produisant une exacerbation inutile de la douleur, et pouvant même aggraver les symptômes déjà existant.

Les purgatifs seront largement employés, d'autant plus que la constipation est la règle dans cette maladie. On choisira de préférence les purgatifs légers, le calomel, la manne, l'huile de ricin, etc. Puis, laissant de côté ces agents de médication

interne, on arrivera à l'emploi, des moyens qui agissent directement sur la région hépatique. En premier lieu les larges vésicatoires, que l'on fera suivre d'une onction de pommade mercurielle, produiront une révulsion extrêmement intense et dont les effets sont souvent des plus heureux.

Les ventouses scarifiées sont précieuses pour combattre la douleur ; on pourra aussi faire quelques injections hypodermiques de morphine si la violence du point de côté est trop intense.

Nous signalerons enfin la pratique du Dr Collas, qui a longtemps exercé dans l'Inde et qui avait une grande expérience de la maladie. Il commençait par faire appliquer 8 sangsues sur la région hépatique, lorsque la douleur était très vive.

Si la douleur n'avait pas le caractère inquiétant que tout médecin peut apprécier, il se bornait à des applications de cataplasmes chauds. Il faisait prendre ensuite au malade un julep renfermant 20 à 30 grammes de sirop diacode, et 12 à 15 grammes de bicarbonate de soude, puis une petite quantité de sulfate de quinine. Si l'amélioration ne suivait pas, il faisait faire des fomentations d'essence de térébenthine sur le côté, et prescrivait un bain de pieds ou mieux de jambe nitro-muriatique. Il s'est toujours loué de ce traitement.

Quelquefois, malgré tous les moyens employés, l'inflammation ne s'arrête pas et le pus se forme. Souvent aussi, les symptômes du début étant peu intenses, et, les malades doués d'un grand courage, ne consentent à abandonner leurs occupations qu'à la période confirmée de la maladie. Peut-on espérer encore obtenir une guérison par les moyens médicaux ?

De nombreuses observations prouvent que l'abcès peut s'enkyster et se résorber peu à peu, sans déterminer de troubles réactionnels. C'est un mode de guérison qu'il faudra

rechercher, fût-il temporaire, car il permet de renvoyer le malade en Europe, où, dans un milieu plus favorable, on pourra tenter une guérison radicale.

Dutrouleau rapporte une remarquable observation, où le pus était manifestement formé et le malade a parfaitement guéri sans opération. M. Barthélemy (thèse de Bonnaud), a vu plusieurs cas de ce genre se terminer par la guérison. Les observations VII et VIII que nous rapportons, nous semblent constituer des preuves suffisantes des faits que nous avançons. Enfin, on a souvent trouvé à l'autopsie des traces de cicatrices d'anciens abcès du foie, parfaitement guéris. Les tentatives faites en vue d'amener la résorption du pus, seront donc justifiées, et si elles ne réussissent pas, elles n'ont pas de conséquences sur le traitement ultérieur, à condition toutefois qu'elles soient abandonnées dès que tout espoir de succès sera perdu, pour avoir recours à un mode de traitement plus radical.

Pour que la formation du pus s'arrête et que le pus formé se résorbe, on s'adressera aux révulsifs énergiques; des cautérisations ponctuées avec le thermo-cautère de Paquelin, seront faites sur toute la région hépatique, puis, si l'amélioration ne se produit pas, on prescrira l'application de 4 ou 5 caustiques de Vienne, on favorisera la chute de l'escharre, et on les laissera suppurer pendant quelques jours. Il faudra ensuite renouveler les cautérisations pontuées ; enfin, en même temps que ces moyens seront employés, on donnera des purgatifs et de petites doses de sulfate de quinine.

Mais si, après quelques jours de ce traitement, on remarque que le pus n'a aucune tendance à se résorber, ce qu'indique nettement le thermomètre, quelle conduite devra-t-on tenir ? Faudra-t-il pratiquer une opération, à quel moment et quel procédé d'évacuation choisira-t-on ?

L'hépatite suppurée se terminait si rarement par la guérison, que le médecin soit intervenu, ou qu'il ait laissé à la nature le soin de diriger le cours de la maladie, que Dutrouleau pouvait dire sans beaucoup exagérer : « l'hépatite chronique marche fatalement à la suppuration, la mort est la règle très-générale des abcès du foie. » Aussi, un grand découragement s'était-il emparé des praticiens, et des hommes remarquables comme Budd, Mac-Lean, inspecteur général des services de santé de l'Inde, et Morehead repoussaient-ils systématiquement toute intervention, laissant à la nature le soin de faire tous les frais de la guérison, qui arrivait encore plus rarement.

Mais ces idées ne furent heureusement pas acceptées, et des protestations surgirent de toutes parts. Lino Ramirez vint au Congrès de Paris donner les résultats de la pratique de Ximenès au Mexique. De Castro et la Société de chirurgie d'Alexandrie, démontrèrent par de rigoureuses statistiques, en comparant le cas où la maladie avait été abandonnée à elle-même et ceux où le chirurgien était intervenu, que la mortalité était abaissée dans cette dernière catégorie où les malades avaient bénéficié d'une opération.

A partir de ce moment, la nécessité de l'intervention n'est plus discutée, on cherche seulement à perfectionner les procédés.

L'intervention chirurgicale admise, il faut chercher quel moment est le plus favorable pour pratiquer l'opération.

Dès que les tentatives de résorption du pus auront échoué, que la température vesperale se maintiendra constamment élevée, que le malade présentera des signes d'amaigrissement rapide, il faudra aller à la recherche de la collection purulente avec une aiguille de l'appareil de Dieulafoy ou de Potain : on choisira ensuite, pour évacuer le pus, la méthode qui conviendra le mieux au cas en présence duquel on se trouvera. Il

n'est pas nécessaire d'attendre que la paroi thoracique soit œdématiée pour tenter une opération, car il est probable qu'à ce moment l'abcès a désorganisé une grande partie du parenchyme hépatique, et a provoqué de graves désordres dans les organes voisins. Les chirurgiens qui exercent dans l'Inde, opèrent dès que la presence du pus est reconnue, sans s'inquiéter s'il existe des adhérences avec la paroi thoracique. Cette question des adhérences a été la préoccupation constante des chirurgiens qui ont eu à opérer des abcès du foie, et a donné lieu à la conception de plusieurs procédés basés sur leur formation préalable. Il fallait, en effet, empêcher à tout prix l'air de pénétrer dans la cavité abdominale. Les beaux travaux de Pasteur ont démontré que ce n'est pas l'air qui constitue le danger, mais bien les germes qu'il tient en suspension et dont il est le véhicule. Tuer les germes ou les empêcher de nuire, c'était rendre l'air inoffensif. La méthode antiseptique n'a pas d'autre but, et son application au traitement des plaies est une des plus belles conquêtes de la chirurgie contemporaine.

« Nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que la méthode antiseptique nous a donné des résultats surprenants, et qu'elle permet aujourd'hui d'entreprendre et de mener à bonne fin, dans les milieux les plus détestables, des opérations jadis toujours funestes, ou que l'on n'aurait même pas osé pratiquer dans la certitude de les voir suivies de mort. (Duplay, le péritoine au point de vue chirurgical). »

En présence de ces faits, il n'est pas rationnel de voir persister les craintes qu'inspireraient toutes les opérations pratiquées sur le foie, aujourd'hui surtout que la médecine opératoire s'attaque à presque tous les organes, que l'on pratique avec d'éclatants succès l'extirpation des ovaires, des reins, du larynx, et que l'on draîne avec la plus grande sécurité la

cavité péritoniale. Les progrès, quelques lents qu'ils aient été à se produire, n'en sont pas moins remarquables; la thérapeutique des abcès du foie a largement bénéficié de la méthode antiseptique, et de brillants succès ont récompensé les tentatives hardies des premiers opérateurs.

L'état d'affaiblissement du malade, la périodicité de la fièvre, la dysenterie ne sont pas des contre-indications à l'opération. L'intervention chirurgicale, en supprimant une des causes les plus puissantes de débilitation, la suppuration hépatique, procurera immédiatement un grand soulagement au malade et lui permettra bien souvent de guérir rapidement. (Exemple du docteur Ayme, *Arch. Méd. Nav.*, 1880). L'opération est la seule chance de salut qu'on puisse offrir au malade; l'abandonne-t-on au contraire aux seuls efforts de la nature, il ne tardera pas à succomber.

Quelques auteurs : Bernard, Sachs, Long, etc, prétendent qu'il faut s'abstenir de toute intervention chirurgicale, lorsque l'abcès a des tendances à s'ouvrir dans les poumons ou dans l'intestin. Cette pratique n'est pas rationnelle. On expose ces organes à subir une profonde désorganisation et des destructions partielles, les dangers courus par le malade seront augmentés par l'étendue de ces lésions; une opération pratiquée à temps, au contraire, peut sauver ces organes menacés; après la disparition de la cause irritante, et sous l'influence des injections antiseptiques, ce travail de désorganisation s'arrêtera, le foyer sera circonscrit, et les chances de guérison seront beaucoup augmentées.

Il faudra éviter, en pratiquant l'opération, de blesser le poumon ou l'intestin, lorsque celui-ci est refoulé par un abcès profond (*Gaz. des Hôp.*, 3 oct. 1885); on établirait une fistule intestinale ou pleurale. qui compromettrait l'état déjà bien grave du malade. Pour éviter le poumon, on s'aidera des

moyens d'exploration décrits plus haut, on se rappellera les règles posées à ce sujet par Gros (*Congrès d'Alger*), pour éviter un pareil accident. Quant au point où l'opération sera pratiquée, il variera avec les divers cas et les malades ; le médecin s'inspirera des données fournies par le volume et le siége de l'abcès, pour en déterminer le choix.

Passons en revue les procédés d'ouverture des abcès du foie.

Nous ne citerons que pour mémoire les procédés abandonnés de Graves, de Bégin, de Trousseau, de Mac-Léan, pour arriver à la description du procédé de Récamier, qui à eu chez nous un grand retentissement ; il a été défendu énergiquement par M. Hérard au congrès d'Alger en 1881, et c'est à lui qu'ont recours, encore aujourd'hui, un grand nombre de médecins, un peu effrayés de la hardiesse des nouveaux procédés.

Le procédé de Récamier consiste à substituer au bistouri le caustique de Vienne qu'on applique sur le point saillant de la tumeur ; dès que l'escharre est tombée, on applique une nouvelle rondelle de pâte de Vienne et on continue les applications jusqu'à ce qu'on arrive sur le foyer de l'abcès. Le pus est alors évacué sans danger. Par ce moyen, on arrive sûrement sur le foyer de l'abcès en provoquant des adhérences qui garantissent le péritoine. C'est certainement un des procédés le moins dangereux et le plus simple. Aussi a-t-il fait rapidement fortune en France.

Cependant il est passible de certains reproches. La douleur que provoque la pâte de Vienne produit chez le malade des effets funestes. L'application successive des rondelles de caustique de Vienne demande beaucoup de temps, une quinzaine de jours d'après la plupart des chirurgiens ; cependant M. Hérard, répondant à cette objection au congrès d'Alger,

avança qu'il suffisait de trois jours pour arriver jusqu'à l'abcès. Mais, on n'a pas toujours le temps d'attendre.

La formation des adhérences, qui semble constituer la supériorité de la méthode, n'a pas toujours lieu, et, souvent même, elles ne sont pas sans dangers.

En effet, si l'abcès est volumineux, dès qu'il aura été vidé, les parois ne tarderont à se rétracter et les adhérences subiront alors des tiraillements assez forts pour les rompre et donner lieu à une péritonite, que tant de précautions n'ont pas évitée.

Enfin, dans certains cas, les adhérences peuvent empêcher la cicatrisation de la poche ; « elles peuvent être préjudicia» bles dans certaines limites, et contraires au but que le chi» rurgien se propose. En effet, si l'on considère que les adhé» rences, en fixant le foie contre la paroi thoracique, empê» chent la rétraction et la cicatrisation du foyer, on com» prendra, et plusieurs faits l'ont démontré, que le foie ne » pourra jamais reprendre sa position normale, attendu » qu'il se trouve retenu et que, quand même le foyer s'est » notablement réduit, il reste une cavité de dimension varia» ble dont l'occlusion devient plus difficile. » (Boinet, cité par Rendu).

D'autres chirurgiens, sans se préocuper de l'existence des adhérences, cherchent à agir avec rapidité. De là toute une série de procédés et une méthode nouvelle féconde en heureux résultats. Nous laisserons de côté le procédé de Horner, justement abandonné pour arriver à la description du procédé de Cambay, qui constitue un progrès réel dans la chirurgie des abcès du foie. L'opération se pratique en un temps. L'incision des téguments est faite comme dans le procédé de Bégin, mais, arrivé sur la tumeur, il n'attend pas que les adhérences se soient formées, et pratique immédiatement

une ponction avec un trocart dont la canule est en gomme élastique et est laissée en place. Après avoir laissé écouler le pus, l'ouverture de la canule est bouchée, les lèvres de la plaie extérieure sont réunies par des points de suture, de manière à rétrécir la plaie d'ouverture et empêcher l'introduction de l'air dans la séreuse et la cavité de l'abcès.

La canule est débouchée à chaque pansement et on favorise la sortie du pus par des pressions exercées sur les parois de l'abdomen. Il pratique par cette canule des injections dans le foyer de l'abcès pour en favoriser la cicatrisation.

Ce procédé est adopté et préconisé par Cameron et Ranald Martin dans l'Inde; Ximénés l'emploie au Mexique et L. Ramirez vient faire ressortir ses avantages au congrès de Paris en 1867. Il constitue un progrès incontestable et c'est celui qui a fourni les moins mauvais résultats.

« C'est celui que préconise le docteur Sachs, dans son récent traité de l'hépatite des pays chauds ; il lui a donné 8 guérisons sur 21 cas, les 13 autres opérés ont succombé. Ce triste résultat est pourtant un progrès sur les statistiques antérieures. » (J. Rochard. com. acad).

Les médecins anglais qui traitent les abcès du foie par ce procédé, opèrent aussitôt que possible, vident l'abcès par le trocart et laissent la canule à demeure. Un robinet est adppté à la canule et l'entrée de l'air dans la cavité de l'abcès est ainsi soigneusement évitée. Sous l'influence de l'irritation produite par la canule, des adhérences se forment rapidement et le danger de l'épanchement dans le péritoine est notablement diminué. Enfin l'emploi de la canule à robinet permet de vider l'abcès peu à peu et progressivement.

Simon préconise un procédé opératoire différent, applicable aux abcès très volumineux, c'est la ponction double; à un endroit de la tumeur, il introduit un trocart, laisse écouler

un peu de jus et abandonne la canule à robinet ; puis, à 3 ou 4 centimètres, il introduit un deuxième trocart et laisse également la canule à demeure; trois jours après, il pratique une incision réunissant les deux ponctions ; les adhérences, sont suffisamment établies pour écarter tout danger.

Lorsque l'abcès est situé profondément, il peut arriver que, ne percevant pas la sensation de vide produite par la cavité, on dépasse l'abcès et on aille produire de graves désordres dans le tissu du foie. C'est pour éviter cet inconvénient que de Cartro avait fait construire un trocart spécial, dont la canule et le stylet creux possèdent de petites ouvertures débouchant vers la poignée du stylet. De cette manière les liquides que le trocart rencontrait pouvaient s'écouler de son côté.

Enfin, le Dr Forné a inventé une sonde cannelée, spéciale, permettant d'explorer sans danger la cavité de l'abcès (Long).

Mais tous ces instruments ingénieux sont détrônés par les appareils aspirateurs, de Dieulafoy ou de Potain.

Les ponctions aspiratrices, dont le manuel opératoire si simple, est si exempt de dangers, devait séduire ceux qui redoutent les grandes opérations; Dieulafoy l'a vivement préconisée et a rapporté des observations où la guérison avait été obtenue après une ou deux ponctions. H. Viale (*Lancet* 1881) se montre chaud partisan de cette méthode de traitement et la défend avec beaucoup de talent.

Ces auteurs n'ont pas réussi à entraîner la conviction; en effet, il est impossible de faire sortir à travers l'aiguille de l'aspirateur les grumeaux et les débris de foie désorganisé, que l'on rencontre toujours dans la cavité de l'abcès. Ces débris constituent alors des agents d'irration permanente qui entretiennent et augmentent la suppuration.

Comme moyen d'exploration, au contraire, la ponction as-

piratrice présente une supériorité incontestable, et dans les procédés récents, que nous allons décrire, elle constitue toujours le premier temps de l'opération.

Procédé de Stromeyer Little. — Tous ces procédés étant insuffisants et conduisant la plupart du temps à faire de larges incisions, le Dr Stromeyer Little en était arrivé depuis longtemps à traiter les abcès du foie par l'ouverture directe.

Jamais une pareille opération ne donna lieu à la péritonite.

L'amélioration très marquée au début ne tardait pas à disparaître et il perdait tous ses opérés, emportés soit par une suppuration abondante, soit d'infection purulente, soit par la fièvre hectique. Sur 20 cas, traités successivement à l'hôpital de Shang-Haï, par divers procédés, il n'avait obtenu qu'une guérison, Devant d'aussi tristes résultats, il songea à appliquer au traitement des abcès du foie la méthode de Lister, dans toute sa rigueur. Cinq cas traités, suivant la nouvelle méthode guérirent très rapidement. C'est alors que M. Stromeyer Little, vint en France accompagnant un de ses opérés, le Dr Ayme. Bientôt après, M. Rochard faisait à l'Académie de médecine une communication, qui eut un grand retentissement.

A partir de ce moment, le procès de la nouvelle méthode était gagné et d'éclatants succès sont venus récompenser ceux qui ont suivi les préceptes du Dr Stromeyer Little.

La nouvelle méthode mérite une description minutieuse; aussi croyons-nous utile de reproduire cette partie de la remarquable communication de M. Rochard :

« La ponction exploratrice se fait avec un appareil de Dieu-
» lafoy ou de Potain, et on choisit une aiguille d'un fort cali-
» bre de 3 millimètres de diamètre environ.

» Lorsque la présence du pus s'est révélée, il faut, sans

» essayer de vider le foyer avec l'appareil aspirateur, l'ouvrir » largement à l'aide d'un long bistouri conduit sur un côté de » l'aiguille. L'incision doit être faite parallèlement aux côtes » et comprendre du même coup toute l'épaisseur des parois. » Le pus jaillit alors, et pour faciliter son évacuation com- » plète, on introduit dans la plaie une forte pince dont on » écarte les mors. On exerce en même temps des pressions » sur la face inférieure du foie à travers les parois abdomina- » les.

» Le moment est venu de nettoyer la cavité de l'abcès et » d'en modifier la surface. On y fait couler pour cela, à l'aide » d'un tube irrigateur, une solution phéniquée au centième, » et on continue le lavage jusqu'à ce que le liquide sorte lim- » pide, sans renfermer ni pus, ni grumeaux, ni lambeaux » sphacelés. Alors on introduit jusque dans les parties les » plus profondes de la cavité, un tube à drainage du plus » fort calibre, qu'on fixe au dehors à l'aide d'un fil de soie so- » lide et qu'on coupe au ras de la plaie.

» Le pansement de Lister est alors appliqué avec tous les » soins qu'il comporte et tel qu'il est décrit dans l'ouvrage de » de M. Just Lucas Championnière, que les médecins anglais » ont tous entre les mains et qui leur sert de guide dans l'ap- » plication du pansement antiseptique. On commence par » recouvrir le côté opéré avec le protective, on superpose un » nombre suffisant de tarlatane trempée dans la solution phé- » niquée à 5 p. 100, et on recouvre le tout avec un makin- » tosch assez large pour protéger la moitié du tronc. Le pan- » sement est maintenu par une bande élastique qui forme » deux circulaires, l'une en haut, l'autre en bas, et qui main- » tient solidement l'appareil tout en permettant le jeu de la » cage thoracique.

» Ce pansement est renouvelé chaque jour. Chaque jour on

» extrait le drain en caoutchouc, on le lave avec la solution » 2,5 p. 100 et on le remplace après en avoir retranché un » bout d'une longueur correspondant au retrait de la cavité, » lequel s'opère avec une régularité et une promptitude sur- » prenante, pendant que le malade recouvre l'appétit, le som- » meil et les forces, et que ses fonctions se rétablissent.

» Le fait le plus remarquable, c'est la disparition de la fièvre » aussitôt après l'opération et l'absence complète de réaction » fébrile pendant les jours qui suivent. »

M. Depaul, dans la séance qui suivit la communication de M. Rochard, relata une observation d'abcès du foie, traité par une large ouverture et suivi de guérison; cette observation montre qu'on peut guérir les abcès du foie par l'incision sans recourir à la méthode de Lister. C'est vrai, mais le guérit-on aussi souvent?

Ce n'est pas du reste seulement de nos jours que se font de larges incisions dans les abcès du foie. Larrey (Clin. chir. T. II, P. 448), rapporte un certain nombre d'observations d'abcès du foie traités par ce procédé, et certes les résultats étaient loin d'être mauvais.

Les recueils anglais sont pleins d'observations de ce genre, et nous n'en citerons qu'une des plus curieuses, (*Transact. of the med. and phys. society of Bombay*, n° X, 1849-50, p. 313), où il s'agit d'un enfant de 10 ans atteint d'abcès du foie, traité par l'incision et rapidement guéri. Mais les insuccès étaient trop nombreux pour donner au chirurgien la hardiesse d'entreprendre une telle opération. Aussi avait-elle été abandonnée et on n'avait plus recours qu'aux procédés de Cambay ou de Récamier.

Les premières opérations de Stromeyer Little et de Mac Léan eurent un grand retentissement (cinq opérés, cinq guérisons); les chirurgiens ne tardèrent pas à imiter la pratique

du médecin de Shang-Haï. Mais il faut le reconnaître, les essais sont timides; ils sont cependant toujours aussi encourageants. Voici le relevé des opérations qui ont été pratiquées d'après ce procédé.

Relevé des opérations pratiquées suivant la méthode de Stromeyer Little, de Shang-Haï

	Nombre des opérés	Guérisons	Morts
Stromeyer Little et Mac Leod....	5	5	»
J. Fayrer.....	1	»	1
Sollaud (arch. méd. nav.).....	1	1	»
Henderson (Lancet).....	1	1	»
Furnell (Lancet).....	3	3	»
Bernard (com. acad. 3 oct. 1882)	1	1	»
Véron (com. acad. 24 oct 1882)...	1	»	1
Richard (bull. méd. chir. mil.),...	1	1	»
Rousse (thèse montp.).....	1	1	»
Merlin (thèse de Long).....	1	1	»
Forné (thèse de Long)	1	1	»
Barthélemy-Benoît (thèse de Long) (Le malade de M. Forné est opéré de nouveau un an après, et meurt de diphtérie).....	1	»	1
Bloxhom (Lancet).....	1	1	»
Barker (Lancet).....	2	2	»
West (Sam) (Lancet).....	1	1	»
Martin-Dupont (arch. méd. nav.)..	1	1	»
Gillet (arch. méd. nav.).....	1	1	»
Ferron et Coustan (com. acad. méd. 20 oct. 1885).....	1	4	»

Ce qui donne comme total :

Nombre d'opérés.....	25
Guérison.....	22
Morts.....	3

Malgré nos recherches, nous n'avons pu réunir qu'un total de 25 opérations. Ce n'est certes pas sur un chiffre aussi peu considérable qu'il est permis de juger une méthode. Mais les résultats acquis sont d'un précieux encouragement. Le pronostic de l'hépatite suppurée devient moins grave, puisque sur 25 opérations nous ne trouvons que 3 morts, soit une mortalité de 12 p, 100. Et encore l'un des opérés est mort de diphtérie, et ne doit-on pas accuser la méthode de cette terminaison fatale.

Ces chiffres se passent de commentaires et cette nouvelle manière de faire, bien qu'elle ait paru dangereuse d'abord, s'impose déjà par les magnifiques résultats qu'elle donne. Bien que le nombre des opérations connues ne soit pas encore bien considérable, la méthode a déjà enregistré des succès tellement supérieurs à ceux obtenus par les autres méthodes que le praticien n'a plus le droit d'hésiter.

Cependant, malgré d'aussi brillants succès, bien des médecins reculent encore devant les grandes incisions ; Patrick Manson a imaginé un procédé d'ouverture des abcès du foie, où, conservant la jonction aspiratrice et la méthode antiseptique rigoureuse, il supprime les grandes incisions. Voici la description de ce procédé :

Inciser le foie n'est pas une opération insignifiante, même quand l'opération est éxécutée par un chirurgien expérimenté. Cependant elle doit être souvent entreprise par des médecins sans grande habitude des opérations. Il est donc nécessaire d'avoir une méthode réduite à son minimun de dangers.

L'appareil nécessaire se composerait des objets suivants :

1° Un trocart long et large, pourvu de deux anneaux de chaque côté de l'extrémité qui répond au manche; ces anneaux permettent l'introduction des doigts lorsqu'on retire l'instrument.

Longueur de la canule : environ 4 pouces ; diamètre, 3/8 de pouce.

2° Un stylet en acier de 18 pouces de long et environ 1/8 de pouce de diamètre, avec un petit œil à une extrémité pour prendre un fil.

3° Huit ou dix pouces de tube, de gomme élastique, fort, avec ouvertures latérales larges, sur 3 pouces environ d'une extrémité, comme dans les tubes à drainage; calibre d'au moins 1/4 de pouce ; circonférence extérieure sensiblement plus grande que celle de la canule ; fort fil de soie autour de l'extrémité libre.

4° Embout en argent, pouvant recevoir l'extrémité du stylet et recevoir attache solide du bout percé du tube, à drainage.

5° Un tube d'argent de deux pouces de long de diamètre exactement assez large pour recevoir aisément le tube en caoutchouc.

6° Une pièce de fort Makintosh de 0,18 pouces sur 14, gaze phéniquée; les pièces sont solidement attachées au tube d'argent, une ouverture étant faite à leur centre pour laisser passer celui-ci.

7° Six pieds de tube en caoutchouc indien avec une ouverture d'au moins 5/8 de pouce.

Avant de commencer l'opération, l'extrémité perforée du tube en caoutchouc est liée sur le col de l'embout d'argent. Le stylet est introduit à l'intérieur du tube et son extrémité est logée dans la cavité de l'embout ménagée pour le recevoir. Le lien de soie attaché au bout libre du tube est passé par l'œillet du stylet et par son moyen, le tube est étiré de

manière à ce que son diamètre réduit puisse aisément traverser la canule. Le lien est alors solidement fixé, maintenant le tube en extension.

Tout préparé, le côté du malade étant complètement aseptique, le sujet est endormi avec le chloroforme, placé en position convenable, et on complète le diagnostic par une ponction aspiratrice. Si cela est nécessaire, on peut pratiquer deux ou trois ponctions. Quand on a découvert le pus, bien retenir en son esprit sa position et la direction donnée au stylet. Celui-ci est alors retiré. Après une incision faite à la peau, de environ 1 pouce de long, la pointe du trocart hépatique est placée au point de ponction de l'aiguille aspiratrice, et l'instrument poussé dans la direction du foyer purulent. Dès qu'on sent que l'instrument entre dans l'abcès, le trocart est retiré et le pus est évacué au travers de la canule. Quand le pus cesse de couler à plein courant, on peut présumer que toute tension des parois de l'abcès a cessé, le tube en caoutchouc, monté comme il a été dit, est passé au travers de la canule jusqu'à ce que l'embout soit en contact de la paroi postérienne de l'abcès. Tandis qu'une main retient le stylet et le tube en place, l'autre retire doucement et avec précaution la canule.

Le tube de gomme élastique est maintenant serré par les tissus et son bout perforé répond, à la cavité de l'abcès. Le fil qui l'attache au stylet est coupé, et le tube, en raison de son élasticité revenant sur lui-même, s'applique exactement contre la plaie hépatique et abdominale : Le pus s'écoulera au travers, sans risquer d'échappement par les côtés ; le stylet est alors retiré.

L'extrémité du tube en caouthouc est passée en travers du tube en argent, auquel sont attachés la gaze phéniquée et le makintosch. Pour prévenir la souillure inutile des vêtements

et du lit, il est bon de lier préalablement le bout du tube élastique. Qauand tout est bien en place, et maintenu au moyen de deux larges bandes de flanelle, l'une thoracique et l'autre abdominale, le drain sortant entre leurs bords en contact, on coupe l'extrémité liée du drain ; celui-ci, et le tube métallique où il est reçu, sont introduits dans l'extrémité d'un long et épais tube en caoutchouc, lié solidement à son autre extrémité sur un tube métallique et préalablement rempli d'une solution phéniquée (nécessairement retenue par pincement au deux bouts du tube).

Le bout libre est alors placé dans une bouteille à large goulot d'une capacité d'environ deux ou trois litres, et bien maintenu en place ; quand tout pincement a cessé aux bouts du tube, son extrémité ayant été assujettie à un petit flacon (1) placé à l'intérieur d'une grande bouteille remplie d'une solution phéniquée, le siphon ainsi complété, l'abcès se décharge aussitôt par le tube dans la bouteille ; le mouvement de succion peut être accru ou diminuée à volonté. Une chute d'environ 18 pouces est ordinairement suffisante pour assuver un bon écoulement.

Ensuite, injection hypodermique de morphine et surveillance pour prévenir tout dérangement dans le pansement. Rien ne peut s'échapper que par le canal du tube : aucune souillure n'est donc à craindre ; on ne change pas le malade pendant toute une semaine au moins, ou aussi longtemps que l'écoulement se fait par le siphon. Mais si l'écoulement cesse, ou devient toue à coup très faible, le thermomètre s'élevant,

(1) Ce petit flacon a pour but de prévenir l'entrée de l'air dans le tube quand la grande bouteille est pleine et à besoin d'être vidée ; le petit flacon ne doit jamais être détaché, mais il est enlevé avec le tube quand la grande bouteille doit être vidée ou remplie.

le pansement doit être enlevé et le tube injecté, car il faut s'assurer s'il n'y a pas quelque obstacle à l'écoulement. Durant tout ce temps, si le patient n'est pas tranquille, il est bon de le garder sous l'influence de la morphine.

A la fin d'une semaine, le tube à drainage deviendra relativement lâche dans la plaie, et par le retrait du sac, la réduction de volume du foie, sa direction sera probablement considérablement changée. Il est peut-être utile alors d'enlever le pansement et de faire quelques modifications au drain. Avant cela on prépare un nouvel appareil de pansement, avec un autre drain de même calibre que le premier, mais sans embout d'argent, solidement lié à l'extrémité d'une canule métallique recourbée, de manière à ce que le tube siphon qu'on y fixe se place au côté et à portée de la main du malade avec plus de facilité. Aucnne particularité à signaler dans le mode opératoire du changement du pansement : le nouveau tube s'introduit sans difficulté.

Ces soins doivent être continués aussi longtemps qu'il se fait un écoulement ; quand le pus devient rare, l'appareil à siphon devient inutile. Le tube à drainage est coupé jusques au niveau de la peau et assuré contre le glissement dans la plaie. La décharge se fera maintenent dans un pansement antiseptique ordinaire, renouvelé plus ou moins souvent selon les circonstances.

AVANTAGES DE LA MÉTHODE

1° Facilité d'exécution.

2° Aucune nécessité d'aides expérimentés,

3° Point de perte de sang, avantage très sérieux chez les patients épuisés.

4° Application aux abcès profonds et superficiels.

5° Le siphon assure le drainage complet de toutes les parties de l'abcès ; point très important.

6° Antisepsie facile et sûre.

7° Aucune nécessité de troubler le malade pour le changer, pendant toute une semaine.

8° Le pus hépatique est souvent si épais et visqueux qu'il s'écoule difficilement de lui-même, au travers d'un drain ordinaire ; s'il le fait, il se coagule fréquemment à l'intérieur du tube et tout courant s'arrête, d'où grand obstacle au succès du traitement. Rien de pareil à craindre avec le nouveau procédé.

9° Pas de souillure des vêtements.

10° Pas de danger d'échappement de pus dans le péritoine, qu'il y ait ou non des adhérences. La canule, puis le tube sont étroitement appliqués contre la plaie ; en outre, la cavité de l'abcès est toujours maintenue pleine (retrait graduel).

Supériorité incontestable du tube élastique sur la canule en argent quelquefois employée, pas de gêne aux mouvements respiratoires, extension facile.

L'auteur cite ensuite deux observations où les malades traités, suivant ce procédé guérirent très rapidement.

Nous ne pouvons encore porter de jugement sur le procédé, l'expérience n'étant pas suffisante. Il nous inspire cependant la plus grande confiance, et nous paraîtrait plus particulièrement indiqué lorsque l'abcès siége très profondément, alors que l'incision au bistouri provoquerait des lésions trop considérables.

Nous terminerons l'exposé de ces procédés par la description de celui qu'employait Borius (1) au Tonkin.

Dans le cours de son application, ce procédé subit diverses modifications, avant d'arriver à sa formule définitive. Au début, voici quel était lemanuel opératoire: Dès que l'abcès était soupçonné, Borius pratiquait une ponction aspiratrice avec l'appareil de Dieulafoy, et allait à la recherche du pus. Le foyer purulent trouvé, l'aiguille était laissée en place et, la prenant pour guide, on introduisait un gros trocart cannelé sans canule. Puis, un long bistouri était glissé sur la cannelure du trocart et on faisait une large incision des parties molles et du foie; on glissait alors jusqu'au fond de l'abcès une sonde œsophagienne, dont les parois plus résistantes que celle des tubes en caoutchouc ne se laissent pas aplatir entre les côtes; la sonde œsophagienne solidement fixée, un tube de Fauché était adapté à son extrémité libre, et on procédait ensuite à des lavages du foyer purulent, avec une solution boriquée tiède. On faisait trois lavages par jour, et pendant un quart d'heure environ. L'antisepsie la plus rigoureuse était maintenue pendant que duraient les manipulations. Ce procédé donna de bons résultats, mais on s'aperçut que des grumeaux et des débris de foie étaient renvoyés dans la cavité de l'abcès; aussi Borius modifia-t-il son procédé de la manière suivante : Après avoir fait l'incision des parties molles, comme il a été dit plus haut, il introduisait deux bouts de sonde œsophagienne dans la plaie. L'extrémité libre de l'une des deux sondes était reliée à un tube en caoutchouc plongeant dans le premier d'une série de vases communiquants, qui renfermaient

(1) Nous devons ces renseignements à l'obligeance du docteur Bellot, qui assistait Borius dans la plupart de ses opérations.

de l'eau boriquée tiède. Le bout de la deuxième sonde s'adaptait à un tube en caoutchouc, qui allait s'ouvrir dans un récipient placé sous le lit du malade.

Les tubes amorcés, on obtenait ainsi un lavage continu de la cavité de l'abcès. Mais la difficulté d'avoir toujours de l'eau à une même température, fit renoncer aux lavages continus, car on observait des phénomènes de refroidissement chez les malades. A partir de ce moment, les lavages n'ont été faits que trois fois par jour. C'est à ce procédé que Bornius s'était arrêté. Six malades ont été traités d'après ce procédé, et il y eu cinq guérisons.

De ces divers procédés, lequel choisira-t-on de préférence ? L'expérience n'est pas encore suffisante pour pouvoir affirmer auquel revient la supériorité, mais ils sont tous conçus d'après les mêmes principes, c'est-à-dire qu'ils sont combinés à l'emploi de la méthode antiseptique rigoureuse, aussi ne peuvent-ils manquer de donner les uns et les autres de brillants succès.

L'emploi du chloroforme, dans ces opérations, est rejeté par Sachs et quelques autres médecins. Naus pensons cependant que son usage n'est pas absolument contre-indiqué, et lorsque l'opération promettra d'être longue, on devra faire bénéficier le patient de l'anesthésie générale. Stromeyer Little s'est servi du chloroforme dans le cas du docteur Ayme : les vomissements qui ont suivi son administration furent insignifiants, et n'eurent aucune influence sur la rapide guérison. Il faudra s'abstenir au contraire, croyons-nous, de la pratique conseillée par Van Leent, consistant à provoquer l'anethésies locale au moyen de pulvérisations d'éther ; le refroidissement considérable déterminé dans toute la région, ne serait peut-être pas exempt de dangers.

Lorsque l'opération n'a pu être pratiquée à temps, l'inflam-

mation gagne les organes voisins, et le pus se crée une voie, soit à travers les bronches, soit a travers l'intestin.

C'est par les bronches, sous forme de vomiques, que les abcès du foie s'ouvrent le plus fréquemment. Ce mode de terminaison était autrefois regardé comme le plus heureux et cependant, à quels accidents n'expose-t-il pas les malades ! Le poumon ne tarde pas à participer à la suppuration et il devient alors la cause principale de la mort. Il faut donc s'efforcer de combattre les accidents déterminés par la présence du pus dans cet organe. On recommandera d'abord au malade de conserver le repos dans la position horizontale, de façon à favoriser l'écoulement du pus.

Les abcès du foie ouverts dans les poumons donnent lieu a de véritables cavernes, qui peuvent causer l'empoisonnement du malade. M. Bucquoy, a obtenu une désinfection efficace, en administrant une potion contenant 2 grammes d alcoolature d'eucalyptus. On a encore employé, pour arriver au même but, la créosote, la térébenthine, les balsamiques, les inhalations de vapeur d'eau chargée de résine de bourgeons de sapin, de goudron, d'eau phéniquée, etc.

« Le Dr Sinclair-Coghill a appliqué aux excavations pulmonaires, un véritable pansement de Lister. Il se sert d'un masque buccal, en forme d'entonnoir, composé de deux enveloppes perforées à la façon d'un crible, entre lesquelles, on interpose de l'ouate qui est imbibée, plusieurs fois par jour, d'une solution antiseptique.

L'inspiration se fait exclusivement par la bouche et l'expiration se fait exclusivement par le nez; au bout de quelques séances on s'habitue à ce mécanisme. M. Coghill emploie, comme antiseptique, l'acide phénique à 4 p. cent, la créosote, le thymol, l'iode, en combinaison avec l'éther sulfurique, l'alcool rectifié.

L'agent désinfectant est ainsi porté, presque jusque sur le siège du mal (Rousse, Th. Montp).

Dans beaucoup de cas, surtout lorsque l'abcès n'est pas trop volumineux et avec l'aide de quelques-uns des moyens indiqués plus haut, le malade finira par guérir.

Mais souvent aussi, quelques tentatives que l'on fasse, les forces du malade déclinent rapidement, les phénomènes pulmonaires s'accentuent, et, « ..... insensiblement dépouillés de » mucus, les crachats arrivent à n'être plus composés que de » pus blanchâtre. Outre cela l'expectoration s'opère avec une » difficulté croissante ; souvent même, elle ne s'accomplit » qu'au milieu de contractions générales, de quintes, d'an» goisses. Et, si le poids d'une trop grande masse de liquide, » si des adhérences maintiennent très écartées les parois du » foyer, si le diaphragme a été largement détruit, si des lam» beaux membraneux viennent s'appliquer sur la lumière des » brouches destinées à servir de voies d'écoulement, le pus » cesse d'être repoussé vers ces conduits. Dans les cas de ce » genre, la nature tente quelquefois une dernière chance de » salut, en ouvrant au liquide un passage, entre les côtes » (Obs. XXX) ; mais alors une guérison n'est susceptible de » se réaliser qu'autant que les désordres n'embrassent pas » une étendue trop considérable. Hors de là, les effets d'un » travail réparateur sont au-dessus des ressources de l'éco» nomie, et le malade succombe miné, soit par la dysenterie, » soit par la fièvre hectique. » (Rouis.)

Faudra t-il donc que le médecin assiste impassible à l'épuisement progressif du malade, et qu'il se berce de l'illusion d'un effort inespéré de la nature, pour amener une amélioration ? Une intervention ne sera t-elle donc pas possible et n'est elle pas indiquée dans ce cas ? La nature semble indiquer la voie à suivre, lorsqu'elle tente une dernière chance de salut

en ouvrant au liquide une voie entre les côtes. Les procédés opératoires ont donné assez de succès, pour qu'on n'hésite pas à intervenir dans des cas où l'expectation conduit fatalement à la mort, tandis qu'une opération peut conserver une existence. Il faudra aller à la recherche de l'abcès avec l'appareil de Dieulafoy, puis donner une large issue au pus. Le poumon reprendra ses fonctions et se cicatrisera; le pus trouvant une large voie d'écoulement, la cavité de l'abcès se modifiera sous l'influence d'injections antiseptiques, les forces du malade se relèveront, et on peut espérer voir survenir la guérison.

Du reste, MM. William et Godlee (1) n'ont pas hésité dans plusieurs cas de bronchectasie, à aller à la recherche de la caverne, et à placer un tube à drainage amenant directement au dehors les matières purulentes. La réaction opératoire a été insignifiante et toujours la guérison à suivi, ou du moins une très grande amélioration.

On pourrait imiter une pareille pratique s'il s'était formé des cavernes à la base du poumon et ce serait abréger beaucoup le cours d'une maladie, dont la durée est une des grandes causes de danger pour le malade.

C. — INDICATIONS RELATIVES A L'ÉTAT GÉNÉRAL.

Il ne faut pas oublier enfin, que derrière la maladie contre laquelle on lutte, il y un malade qui fournit depuis plus ou moins longtemps les frais d'une abondante suppuration. Les réserves s'épuisent vite, dans ces cas l'amaigrissement se

---

(1) Semaine médicale. 1886 p. 130.

produit lentement d'abord, puis, si l'on n'y prend garde, la cachexie survient, et bientôt après, le malade s'éteint.

Il importe donc, pour empêcher ce triste résultat, de mettre en œuvre toutes les ressources de la thérapeutique et, par une alimentation variée et substantielle, par des toniques sous toutes les formes, on soutiendra les forces du malade et on lui fournira les moyens de lutter victorieusement contre la débilitation que produit une aussi grave maladie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — (Résumée).

Ostéite de la huitième côte droite ayant fait croire à un abcès du foie Hôpital de Brest.

Lucus, Eugène, 23 ans, né à Brest, ouvrier de l'arsenal, envoyé à l'hôpital pour fièvre, après avoir présenté quelques symptômes du côté du foie, et un œdème s'étendant de la sixième côte jusqu'à la dernière; une ponction est pratiquée avec l'appareil de Dieulafoy et on retire quatre cents grammes de pus.

Au point où a été faite la ponction existe une tumeur fluctuante, on pratique à son sommet une incision, au fond de laquelle la sonde cannelée rencontre une côte dénudée. L'incision n'a donné issue qu'à quelques grammes de pus, ayant la côte comme point de départ.

La plaie suppure pendant quelques jours, et le malade sort, sur sa demande, non guéri.

OBSERVATION II. — (Résumée).

Prise à bord de la Clorinde (*station navale de Terre-Neuve, campagne de 1882*). (*Abcès tropical posthume*), *abcès du foie, ponction, longue suppuration, irruption du pus dans le péritonie, mort.*

M. B. Joseph, premier maître mécanicien à bord de la *Clorinde*, a longtemps navigué sur les côtes occidentales d'Afrique, et à fait un

long séjour en Cochinchine où il a eu quelques poussée du côté du foie.

Depuis longtemps, l'état général était excellent, et les premières fatigues de la campagne furent bien supportées. Mais au commencement de septembre, il se développe une tumeur au niveau de la neuvième côte; ouverture au bistouri, il s'écoule une assez grande quantité de pus couleur chocolat.

Lavages et pansements antiseptiques.

Un court séjour à l'hôpital de Saint-Pierre fut très favorables, le malade avait repris des forces et était soutenu par l'idée de retourner en France.

La *Clorinde* part de Sydney C. B. le 1er octobre, et est assaillie presque aussitôt par un très gros temps. Le 7 au matin, nous trouvons M. B. mort dans sa cabine, l'abdomen est très balloné. Il est probable que sous l'influence des mouvements désordonnés du tangage et du roulis, le pus a fait irruption dans la cavité abdominale. Pas d'autopsie.

OBSERVATION III.

Abcès du foie provoqué par une arête de poisson, deux ponctions, guérison, communiqué par le Docteur Léger de la Pointe à Pître.

Femme de 45 à 50 ans, atteinte d'abcès du foie ouvert au caustique.

Guérison au bout d'un mois après ivacuation du pus. L'ouverture a été pratiquée au-dessous du rebord costal sur la ligne mamelonnaire.

Au bout de deux ou trois mois, l'abcès se reforme, on pratique une nouvelle ouverture qui donne issue au milieu d'un flot de pus à une arrête de poisvon.

La guérison est alors définitive.

OBSERVATION IV.

Abcès du foie d'origine traumatique (1), opération, mort, autopsie, Service du docteur Lherminer (Hôpital civil de la Pointe à Pître).

X..., homme de couleur, présente un amaigrissement notable de tout le corps, face grippée, yeux caves, se plaint de douleurs violentes dans tout le côté droit.

Il y a huit mois, cet homme a été frappé pendant son travail par un palan en fer sur le côté droit. A la suite de cette contusion survint un gonflement de la région, mais sans fortes douleurs, puisque le malade peut continuer à travailler. Cependant, petit à petit, la fièvre devient plus forte, et X., est obligé de suspendre son travail et de rester coucher pendant plus de trois mois. La fièvre est accompagnée de frissons avec sueurs nocturnes et douleurs lancinantes dans le côté. A l'inspection on trouve tout l'hypochondre et la partie inférieure de l'hémithorax droit augmentés de volume et en même temps, la pression est douloureuse et donne une sensation de fluctuation au-dessous du rebord costal.

La percussion révèle une matité énorme commençant à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon et s'étendant dans l'abdomen presque au niveau de l'épine iliaque, le malade étant couché; sur la ligne axillaire la matité est un peu moins étendue. Langue sèche, un peu noirâtre. Peu d'appétit depuis longtemps, jamais de vomissements. Coliques, diarrhée depuis trois mois, selles sanguinolentes, verdâtres.

Dyspnée; la respiration est sûspirieuse dans toute l'étendue des deux poumons. Affaiblissement du murmure respiratoire à droite et en arrière.

Rien au cœur, artères athéromateuses.

---

(1) L'hépatite de cause externe et d'une rareté remarquable..... Il y en a en tout une dizaine de cas connus dans la science (Duchatellier th. Paris 1885).

Opération séance tenante par le docteur Lherminier.

Ponction avec un trocart ordinaire sous le rebord costal à 2 cent. de ce rebord et à 4 ou 5 environ de la ligne médiane : Rien.

Le trocart est alors dirigé obliquement en haut et en arrière et plonge à 8 cent. il sort une grande quantité de pus caractéristique, granuleux et coloré. Alors on pratique une incision de 4 à 5 cent. environ parallèlement au rebord costal. Grande quantité de pus évacué. Le doigt introduit par la plaie tombe dans une grande cavité dont il ne peut attetndre le fond.

Par la pression et en faisant coucher le malade sur le ventre, on obtient une grande quantité de pus; deux litres et demi à trois litres au moins. Contre-ponction avec trocant courbe dans le huitième espace, sur la ligne axillaire. On place un drain.

La journée a été assez bonne, le malade se sent soulagé, mais il est trés affaibli. Selles liquides, involontaires. T. 37. 2.

22. La mort a lieu à deux heures du matin.

Autopsie, sept heures après la mort.

Foie : volume énorme, diamètre vertical 14 cent.

Le lobe gauche descend très bas, et atteint largement la paroi latérale gauche de l'abdomen, il est sain et couleur rouge clair.

L'abcès siège dans le lobe droit qu'il occupe presque entièrement, Les parois en sont très irrégulières et couvertes d'un pus épais. crémeux avec des plaques d'une couleur noir bleuâtre par places. Le lobe droit adhère à tous les organes voisins : diaphragme, péritoine, rein, colon. Les adhérences sont très épaisses avec la paroi latérale et avec le colon. Cependant l'adhérence est remarquablement amincie au coude droit du colon qui s'est ouvert sous une faible traction du foie.

Vésicule biliaire intacte, rate, de volume moyen, ferme.

Le poumon droit est très refoulé, très adhérent tout autour de lui, mais n'offre rien d'anormal.

Le pus n'avait point fusé hors de l'abcès. A l'ouverture de l'abdomen il s'est écoulé beaucoup de liquide péritonéal mais simplement séreux.

Le péritoine n'offre rien de particulier, les ganglions mesentériques nombreux sont de couleur jaune et de la grosseur d'une olive.

Le rein droit seul, examiné, paraît sain.

L'intestin n'a pas été ouvert, mais ne présente extérieurement rien d'anormal.

OBSERVATION V.

Abcès du foie ouvert dans les bronches, mort, (*service du docteur Brémaud*)

Gousset Théophile. 40 ans, né à Paris, gendarme.

Ce gendarme est dans les colonies depuis 20 ans, pendant cette période il est entré une dizaine de fois à l'hôpital pour diverses affections et notamment pour fièvre.

Envoyé en congé de convalescence en France.

Cet homme rentre à l'hôpital de la Basse-Terre, le 3 février 1885 pour abcès du foie. Il rentre à peine de son congé de convalescence dont il a joui en France et pendant l'hiver, le froid a eté très vif cette année, aussi le malade en a-t-il souffert.

Ce gendarme est gros et paraît d'une robuste constitution, il est un peu anémié et expectore tous les jours une grande quantité de crachats purrulents, chocolatés.

La fièvre s'allume avec exacerbation vespérale.

Malgré tous les traitements employés la suppuration ne se modifie pas, l'expectoration est toujours très abondante, odeur fétide le malade s'affaiblit graduellement et meurt le 11 avril 1885 à 11 heures du matin, pas d'autopsie.

OBSERVATION VI.

Abcès du foie ouvert dans les bronches ; guérison. (Service du docteur Corre à la Pointe-à-Pitre).

Daveau, 25 ans, soldat d'infanterie de marine.

Cet homme était cuisinier de la compagnie de la Pointe-à-Pitre,

lorsqu'il fût pris de fièvre, qui nécessita son entrée à l'hôpital. Il a eu des accès de fièvre intermittentes au camp Jacob, il y a 15 mois, malade depuis 4 jours, fièvre continue, frissons, transpiration abondante, douleurs intestinales et céphaliques, langue humide, à peine élargie. T. S. 39.

11. — ..... 38, 39.2.

12. — Le malade a un peu de congestion des poumons. A droite on perçoit quelques râles, crépitations au sommet. Le malade éprouve de la gêne respiratoire et se plaint d'une douleur à la région hépatique et à l'épaule droite ; teinte subictérique. T. 38, 39,

13. — Langue humide, légèrement grisâtre, haleine un peu fétide; crépitations aux deux bases pulmonaires, surtout à droite, pas de gêne de la respiration, pouls petit, facies un peu acajou. T. 39, 39.

14. — N'a pas dormi cette nuit à cause d'une douleur assez vive en arrière et à l'extrême base du thorax. Rien de particulier à l'auscultation. (Soir). Douleurs à l'épaule droite; le malade éprouve une douleur très-intense à la région hépatique. T. 37.2, 39,

Vineuse, pot. — Rhum 30 grammes, eau sucrée, sulfate de quinine 0.40.

Une ventouse scarifiée. — Onct. merc. bellad. sur le côté droit.

15. — Le malade ne tousse ni ne crache. Du côté droit et en arrière de la poitrine, amoindrissement de la sonorité, surtout dans les deux tiers inférieurs où le bruit respiratoire est obscurci, court, par moment accompagné de râles fins, haut au pemier temps, vibrations faibles, pas de souffle.

La voix, avec quelques caractères chevrotants, arrive plus directement à l'oreille que du côté gauche.

La matité hépatique remonte à 2 centimètres au-dessous du mamelon. Au côté droit de la région épisgastrique, le sillon sous-costal a disparu, et les parties molles sous jacentes sont sensiblement soulevées.

Sonorité tympanique à ce niveau, dureté profonde, décubitus dorsal forcé. T. 38.4, 38. 4.

16. — Le malade a la figure reposée : il ne souffre plus à la région hépatique. La matité remonte toujours au même niveau, mais il y a

moins de densité à la partie inférieure. En arrière et à la base de la poitrine, souffle fugace et momentané, à l'expiration ; râles crépitants très-nets à l'inspiration. T. 37.8, 38.5.

17. — Calme cette nuit, visage bon, quelque gêne respiratoire, moins de râles, mais respiration un peu vite et sensiblement soufflante à droite, Même douleur à l'épaule. Région hépatique indolore, pas de toux, pas d'expectoration. Crépitation dans toute la base du poumon droit. T. 38.2..... 39,7.

Bouillon. Tis. albuminienne. Sulf. quin. 0,30. Onct. merc. et catapl.

Potion. — Rhum 30 gr., ext. de kina. 1 gr., eau gom, 1.20.

18. — Pas de toux, expectoration presque nulle et sans caractère, pas de douleurs au côté, seulement à l'épaule, sonorité diminuée dans toute l'étendue du poumon droit, matité franche aux deux tiers inférieurs, au-dessous submatité paraissant même se poursuivre au niveau de la fosse sous-épineuse.

A la base : tiers inférieur, expiration soufflante, râles crépitants nombreux à l'inspiration, plus haut les râles diminuent, l'inspiration perd sa rudesse, et l'expiration prend le caractère un peu ronflant, sur la ligne mamelonnaire, la matité est de 13 cent. T. 38..... 39,2

A partir de ce moment, une amélioration sensible se produit.

19 — 37.4	38	24 — 37	38.1
20 — 37.4	38.2	25 — 37	37.5
21 — 37	38.5	26 — 36.6	38.5
22 — 37.3	38	17 — 36.8	38.8
23 — 37.1	38		

28. — On a appliqué le 26,4 cautères sur la région hépatique. Les bruits de soufffle reparaissent à la base du paumon droit, râles humides. Les crachats sont un peu puriformes et laissent sur le linge une teinte bilieuse, peu abondants, pas de frissons, toux ; la matité du foie paraît moins élevée sur la ligne mamelonnaire ; douleurs de l'épaule disparues.

(Soir). — L'expectoration continue médiocre, chocolatée, puriforme, râles humides, plus gras, demi-gargouillement. T. 38.4, 38.

29. — Presque pas de toux ; l'expectoration continue à ne pas être abondante ; à la base du poumon gauche bruits humides, râles crépitants. T. 37.3, 38,2.

30. — Bruits de frottement rude, plutôt que râles ; crachats purulents, hépatiques, impurs, sanguinolents. T. 38, 38.9.

1er juillet. — Vers l'angle de l'omoplate droite, on entend un souffle caverneux très-léger. T. 38.2, 38.8.

2. — La matité existe dans toute l'étendue du poumon droit ; les deux tiers inférieurs, respiration courte, soufflante, un peu de diarrhée depuis hier, langue belle. T. 38, 39.5.

3. — 37.8	39.5
4. — 38.2	39.2
5. — 38	38.2
6. — 38.7	38.7

7. — Respiration plus facile, le souffle tend à disparaître, le bruit respiratoire est plus franc. T. 38. 5, 39.6.

8. — 37.9	38.8
9. — 38	38.2

Presque plus de crachats ; fosse sous-épineuse droite, respiration fine, bruit de raclement à timbre comme métallique tenant autant du frottement que du râle, mêmes bruits plus rudes l'inspiration, perdant leur timbre métallique à mesure qu'on se rapproche de la base. La matité hépatique n'a pas augmenté, elle a peut-être un peu diminué.

10. — 38	38.2
11. — 38	38.9

Les bruits de souffle et de craquement ont dispuru, la respiration se rétablit dans les poumons. On constate un souffle très-léger à L'expectoration est plus abondante et chocalatée.

12. — 38.5	39	16. — 38	39.2
13. — 37.8	38.6	17. — 38	48.5
14. — 37	38.5	18. — 37.5	37.9
15. — 37.4	38.7	19. — 37.4	38.2

Expectoration abondante, crachats nummulaires, quintes de toux, pas de gêne respiratoire.

Bouillon, jus de viande, lait, vin de quinquina, sulf. de quin 0.80, sulf. d'atropine demi-milligramme.

20.	— 36.6	37.7
21.	— 37.7	38.7
22.	— 36.5	37.5

L'amélioration continue, pas de fièvre, les forces reviennent peu à peu, l'expectoration continue à être abondante. Les crachats sont visqueux, grisâtres, rougeâtres par îlots, surtout broncho-pulmonaires. Au microscope : globules purulents et globules sanguins, cellules bronchiques et fibres élastiques, éléments cellulaires d'origine hépatique, sous forme de cellules déformées, granuleuses, très rares et indécises.

Le 18 août, le malade est évacué sur la Basse-Terre, pour être présenté au Conseil de santé, qui décidera son renvoi immédiat en France.

OBSERVATION VII

Hépatite. — Abcès formé; arrêt de la suppuration. (Communiqué par le docteur Corre. — Hôpital de la Pointe-à-Pitre.)

Talpin, gendarme. 31 ans, né dans la Haute-Garonne.

Est entré déjà plusieurs fois à l'hôpital de la Pointe-à-Pitre.

25 août 1883. — Accidents nerveux rappelant le tabes spasmodique, asymétrie faciale par hémiplégie remontant à l'enfance; incontinence d'urine et anémie.

16 mars 1884. — Fièvre et anémie; ulcération de la cornée.

26 mai 1885. — Entre avec ce diagnostic; congestion du foie. Dès 1882, l'attention avait été appelée du côté de l'organe (M. Maurel l'envoie en congé.) Après deux ou trois jours de fièvre, se plaint d'une douleur à la région hépatique plus pénible que d'habitude; (il éprouvait ordinairement une sensation de poids); la pression éveille une forte douleur au niveau du rebord costal; les espaces in-

tercostaux paraissent un peu agrandis sur la ligne mamelonnaire, le foie remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessus du mamelon et déborde les fausses côtes. Voussure, effacement de la dépression sous-costale.

30. — Gêne respiratoire; bruit respiratoire diminué à droite et en arrière; à la base quelques bruits humides à l'expiration; pas de selles T. M. 37-3, S. 38-5.

31. — Agitation, inquiétude, douleur hépatique très-vive, accrue au moindre mouvement, revêtant les caractères de battements et d'élancements, décubitus dorsal, calme dans la soirée. T. M. 38-3, S. 38-5.

1er juin. — La douleur a disparu, le malade à dormi dans la nuit. La pression éveille un peu de douleur au niveau du bord costal (portion gauche du foie.) T. 37.4, S. 38,7.

2. — Mieux, mais pas d'appétit. T. 38.8, S.39

3. — Douleur quand le malade fait des efforts pour s'asseoir, sommeil la nuit. Bruits de frottements très nets en arrière à la base thoracique droite. T. 37.6, S. 38,5.

4. — T. M. 38.2, 38.7

5. — Calme, le malade pour la première fois a pu se tenir couché indifféremment sur l'un ou l'autre côté, la pression n'éveille presque plus de douleur mais l'impiration est un peu douloureuse, 37, 38,2

6 juin.	— 37.5	37.5	10 juin	— 37.5	38
7 —	37.5	37.7	11 —	37.5	38
8 —	37.3	39.7	12 —	37	37.3
9 —	37	37			

Il existe toujours une certaine déformation résultant de l'absonce de dépression sous sterno costale. Mais c'est tout.

L'appétit est revenu, les forces aussi, et le malade se promène. Talpin éprouve cependant encore une vague sensation de tension profonde, parfois quelques élancements.

13. — T. 37.4

Proposé pour un congé en France.

M. Corre croit à un abcès bien formé; il a hésité entre une ponc-

tion à faire suivre d'un débridement en cas d'issue purulente, et l'expectation en vue d'un rapatriement. Depuis quelques jours, à la suite de l'emploi des révulsifs, une amélioration si nette s'est produite que M. Corre à évacué le malade sur la Basse-Terre, pour qu'il soit soumis à l'examen du Conseil de santé. Il espère avoir une limitation de l'abcès, un enkystement favorable. La force est revenue avec l'appétit. La douleur locale à complètement disparu et la voussure tend à s'effacer.

Cet état continuant, il rendra plus efficace une intervention manuelle hors des zônes endémiques, si l'indication formelle et reconnue.

Traitement. — Au début, calomel et rhubarbe, cataplasmes, puis cinq cautères à la pâte de Vienne et plus tard cautérisation ponctuée au fer rouge, eau de Vichy, lavements, quasia.

OBSERVATION VIII

Hépatite endémique. — Suppuration imminente. (Sinon faite) Guérison. — Service du Docteur Corre.

Ménard, 34 ans, né à Dinan (Côtes du Nord), matelot de commerce.

Entre le 30 juillet. — Il y a 3 jours, dans la matinée, frissons répetés avec céphalalgie et douleur vive au flanc droit (rebord costal), selles diarrhéiques. — A l'entrée, léger abattement, peau halitueuse, facies un peu vultueux, langue humide, mais assez chargée, blanchâtre ; point d'augmentation sensible de la matité hépatique, mais douleur très vive au niveau du rebord costal, principalement vers la région correspondant à la vésicule bilaire. Pas de douleur à l'épaule droite, pas d'ictère. T. 39, 40.1.

Bouillon. — Sangsues 10. — onct. merc. et cat. h. ricin 30 grammes.

31. Légère détente, moins de douleur à la région hépatique, qui

semble amplifiée, légère teinte subictérique aux conjonctives, plusieurs selles diarrhétiques. T. 39, 39.6.

Tamarin. sulf. quin. 0.80 onct., merc. et cat.

1er août. — Il semble que la voussure hépatique ait diminuée ; mais la matité semble accrue, débordant un peu en bas, dans la région du lobe gauche ; moins de douleur. T. 38.3, 39.1.

S. quin. 0.50. 4 ventouse. cat.

2. Le malade a beaucoup souffert hier soir, pas de selles, quelques vomissement. T. 38.6, 38.9.

S. quin.; 0.40. lave., huile, cat.

3. La matité ne remonte pas au-dela de trois travers de doigt sur le mamelon ; en bas elle dépasse de deux travers de doigt le rebord costal ; région un peu douloureuse ; une selle seulement après lavements. T. 38.6..... 38.5.

Calomel et rhubarbe a a 0.60. Plusieurs selles à la suite.

4. Agitation et sudation copieuse dans la nuit; douleur lancinante à la partie postérieure de la région du foie. Selles rares. T. 38,4 38.7.

S. quin. 0.90 onct., merc. et cat.

6. — 37.8, 38.5.

7. — 37.7, 38.1. Pression un peu douloureuse, plusieurs selles liquides.

8. — 37.7, 38. Toujours quelques douleurs à la région hépatique, respiration un peu gênée, pas de frissons, céphalalgie hier soir.

S. quin. ; 0.60. 4 cautères au niveau du rebord costal, vers le lobe gauche qui semble toujours le siége d'une voussure.

A partir de l'application des cautères, la voussoure et la douleur s'effacent momentanément, il persiste quelque gêne de la respiration, mais la fièvre continue sans régularité et il s'établit une diarrhée séreuse qui fatigue beaucoup le malade : Il n'y a plus à s'inquiéter du foie, mais bien de la diarrhée à un certain moment : potions très faiblement laudanisées, bismuth et ratanhia ; sulf. quin. : durant cette période les températures sont les suivantes.

9. — 37	37.7	13. — 37.6	38.2
10. — 37.5	38.1	14. — 37.4	37.4
11. — 37.3	38.1	15. — 37.6	38
12. — 38.4	39.9	16. — 37.4	37.1

Le 16 la diarrhée devient bileuse.

Les jours suivants la fièvre disparait difinitivement, mais la diarrhée (on s'assure qu'il n'y a pas de parasites) ne cède qu'au régime lacité et à l'ipéca à la brésilienne, achevée par de moyennes doses de diascordium.

17. — 36.5	36.5
18. — 36.8	37

Les forces reprennent rapidement.

Le 28, selles moulées, fermes.

Le 12 septembre, le malade est rapatrié.

OBSERVATION IX.

Abcès multiples du foie : tuberculose pulmonaire, mort, autopsie, (communiqué par le docteur Corre).

L. Lez, Pierre, matelot de l'Iphigénie, entre à l'hôpital de la Pointe-à-Pitre, le 6 janvier 1886, pour tuberculose pulmonaire et douleur hépatique; sujet depuis sa jeunesse à des bronchites, mais sans gravité, pas d'antécédents héréditaires. A la suite d'une campagne à Madagascar (1883-84), campagne durant laquelle il aurait eu des fièvres, il est pris chez lui, d'une bronchite qui dura un mois. Embarqué sur l'*Iphigénie*, depuis un an, a vu, après quelques nouvelles atteintes bronchiques, son état s'aggraver; amaigrissement, anémie profonde, perte d'appétit, légère diarrhée, sueurs nocturnes, submatité, râles et craquements humides, au deux sommets; pas d'expectoration, toux difficile. Le malade se plaint en outre d'une d'une douleur en ceinture, très vive à droite et à l'épigastre, où la palpation est des plus pénibles. Foie hypertrophié dans ses diamètres

transverses et verticaux. Langue blanche, saburale, pouls fréquent, petit, T. 38.5....39.6.

Bouillon, vin vieux, tilleul, potion opiacée pour la nuit, onct-mercurielle et cataplasmes à la région hépatique.

7. — Douleur abdominale très-vive, gêne respiratoire, voussures avec vague empâtement au creux épigastaique, faiblesse extrême, sueurs froides, toux pénible, expectoration rare de crachats visqueux, muco-purulent, deux selles pâteuses, décolorées, T. 38, 38.7.

8. — Nuit assez bonne. La douleur et l'empâtement du côté droit ont diminué, le malade respire plus facilement.

Soir : la douleur reparaît très-vive au creux épigastrique, face anxieuse, étirée, pouls à 142, T. 39.5.

9. — Nuit assez bonne. Une selle après lavement. La douleur abdominale rend toujours la respiration pénible, langue blanche au centre, rosée au pourtour, soif ardente, T. 88.6 39.3.

10. — Nuit bonne, peu de toux. Sonorité et souffle carvernuleux au sommet droit, en arrière; expiration soufflante et râles humides, moyens à gauche. Du côté du foie, matité notable débordant la ligne sterno costale de quatre à cinq cent., de chaque côté de la ligne médiane; douleur très vive à la pression, trois selles un peu liquides.

12. — Pendant la nuit douleur intolérable, un peu de calme ce matin, grande faiblesse, selle diarrhéique, râles humides disséminés dans toute l'étendue des poumons.

14. — Au-dessous du rebord sterno costal, à droite et à gauche de la ligne médiane, voussure mal circonscrite, transversale, ne s'effaçant qu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sur la ligne médiane, un peu à gauche du point culminant de cette voussure, la matité a environ 8 centimètres, mais elle n'est pas franche, elle a des zônes de demi sonorité, surtout vers la face inférieure; selles liquides, spumeuses, sanguinolentes.

Soir : ponction exploratrice un peu à droite et en haut du centre de la voussure, en un point limité de matité franche, avec vague fluctuation, situé au-dessous du rebord costal; trocart dirigé en haut et un peu en arrière et à droite; petite quantité de pus mal lié,

chocolat, dont l'écoulement s'arrête au bout de quelques instants. A ce niveau, après l'enlèvement de la canule, petit centre de sonorité claire, comme métallique, indiquant un foyer limité dans lequel un peu d'air a dû pénétrer. T. 37.5, 39.6.

15. — Selles écumeuses renfermant du pus hépatique. Urines chargées, grande faiblesse.

16.—Selles franchement hépatiques. La voussure sous-épigastrique persiste avec ses mêmes caractères de matité obscure, inégale et de contours diffus. Pas de fluctuation appréciable, mais seulement sensation d'élasticité.

Mort le 17 en état de collapsus.

Autopsie. — Foie

A. — Grand lobe ou droit : énorme, ayant à peu près perdu toute convexité inférieurement, subglobuleux dans l'ensemble. En avant : deux énormes abcès superposés, mais non communiquants vers la région externe ; vers la ligne médiane, deux autres abcès un peu moins volumineux, sans communication, l'un tout à fait médian et comme verticalement coupé par le ligament suspenseur du foie, répondant à la ponction du 14.

En haut et en dehors, adhérence à la portion correspondante du diaphragme et à ce niveau, abcès de la grosseur d'un œuf de poule.

Tout à fait en dehors, adhérence à la paroi thoracique, deux énormes abcès dont l'un se continue sur la face inférieure.

Sur la face inférieure deux abcès du volume d'une noisette, parfaitement isolés.

A la coupe, au centre du lobe, abcès du volume d'un œuf, isolé, bien délimité, et, au-dessous, un autre de la grosseur d'une noisette.

B. — *Lobe du spigel.* — Entièrement converti en abcès.

C. — *Lobe gauche.*

Face inférieure. — A la partie moyenne et à gauche, abcès de la grosseur d'une noix ; un autre un peu plus volumineux vers la droite, atteignant jusqu'au grand lobe ; plus en avant d'un abcès de la grosseur d'un œuf de pigeon, bien isolé dans l'épaisseur du lobe.

Tous ces abcès sont bien circonscrits, à parois un peu anfractueuses cependant, à pus tantôt bien lié, jaunâtre (petit abcès) tantôt comme boueux, rougeâtre ou brun chocolat (gros abcès.)

La voussure à matité grave, à contours diffus, répondait à une lame inféro antérieure du foie, doublée par le colon transverse, lui-même soulevé par les abcès de la face inférieure de la glande. Une ponction à son niveau n'eut conduit que difficilement et hasardeusement à un foyer. Dans l'intervale des abcès, le tissu hépatique est d'un jaune ocreux assez uniforme, ramolli; on n'y distingue à l'œil nu aucunes granulations particulières.

Vers l'origine du jéjunum, une déchirure de l'intestin paraît correspondre à l'un des foyers de la face inférieure du foie et à l'ouverture qui donne passage à la matière hépatique dans les selles. Vers la partie moyenne du jéjunum, traces d'un travail irritatif et d'adhérences en voie de formation. Pas de tubercules ni d'ulcérations aux intestins.

Poumons denses, inégalement crépitants, offrant de nombreuses granulations tuberculeuses sur leurs surfaces de coupe; caverne de la grosseur d'une noix au sommet droit; une autre à peu près de même capacité dans l'épaisseur du lobe inférieur.

OBSERVATION X

Diarrhée de Cochinchine; abcès du foie méconnu et découvert à l'autopsie, (salle de la Clinique de l'hôpital de Brest, communiquée par le Dr Roussel.)

Janicot, Paul, 24 ans, né a Brest, Finistère, soldat d'infanterie de marine.

Pendant son séjour en Cochinchine, ce jeune soldat a été atteint de fièvre intermittente et, en dernier lieu de diarrhée qui nécessita son renvoi en France. A son arrivée à Brest, il est repris par sa diarrhée et entre à l'hôpital maritime, le 20 mai 1869.

A ce moment, l'examen du malade donne les signes suivants; facies

pâle, un peu terreux, muqueuses décolorées ; langue blanchâtre, ventre un peu douloureux à la pression, surtout vers sa partie inférieure. Rien de sensible d'ailleurs, dans cette région. La foie déborde un peu le rebord costal. Le malade à sept à huit selles par jour.

Lait pot. — Sulfate de soude 20 gram., manne 20 gram., petit lait 250 gram.

Le 24 juillet, le malade est considéré comme guéri de sa diarrhée. On lui accorde un congé de convalescence de deux mois.

7 décembre. — Rentre à l'hôpital avec le diagnostic suivant : bronchite.

A l'examen de la poitrine, on constate des râles sous-crépitants à la base du poumon gauche, dans les grandes expirations.

15. — La respiration s'entend moins bien à droite.

27. — Douleur au niveau du rebord costal droit. remontant jusqu'à l'épaule droite.

4 Janvier 1884.— Douleurs nouvelles localisées dans le flanc droit. On perçoit ce matin des frottements assez marqués à la base du côté droit en arrière.

Depuis le 29, fièvre tous les soirs.

Vineuse. pot. — Ext. kina, 2 gram., sp., 20 gram., vin vieux, 100 gram. Vésicatoire au côté droit.

21. — Pas d'amélioration ; fièvre tous les soirs.

On ne remarque pas de voussure à droite ; augmentation des vibrations thoraciques, depuis la base jusqu'au sommet en arrière sur les parties latérales et en avant. Diminution du murmure vésiculaire, dans toute l'étendue du poumon droit. En arrière, on perçoit depuis la base jusqu'au sommet, des bruits de frottements, un timbre sourd tout à fait différent de ceux qui ont été perçus, Il y a quelques jours. Ces frottements sont mêlées à des râles sibilants et sous crépitants à bulles moyennes et dans l'étendue de ce côté.

Retentissement de la voix jusqu'à la partie moyenne de la fosse sus-épineuse. Bronchophonie très légère dans la fosse sus-épineuse et dans la partie supérieure de la fosse sous-épineuse.

En avant : sous la clavicule droite, submatité légère, rudesse du

murmure vésiculaire, craquements secs, mêlés de quelques râles sibilants.

Côté gauche ; sonorité normale en avant et en arrière, râles sibilant et ronflants disséminés dans toute l'étendue de ce côté. Sous la clavicule gauche, respiration rude avec expiration prolongée.

Vineuse. pot — Sp. de codéine, 30 gram., eau, 100 gram., sulfate de quinine, 1 gram.

6 pastilles de Kermès. pot.— Ext. de kina, 2 gram., sp., 20 gram., vin vieux, 100 gram.

28. — Peu de changement ; la fièvre se montre régulière tous les soirs ; le malade se plaint toujours du côté droit, les signes stethoscopiques sont à peu près les mêmes ; ce sont ceux qu'on rencontre dans une bronchite généralisée avec léger épanchement à la base du poumon droit et en arrière.

Le ventre est un peu gros, ballonné, le foie déborde légèrement le rebord costal. Anémie profonde.

30. — Dyspnée. La diarrhée reparaît.

1er. — Le malade se plaint d'une violente douleur, dans la région hépatique.

5. — Les douleurs de l'hypochondre droit persistent. Toux fréquente, sueurs abondantes ; selles diarrhéiques. Le malade s'affaiblit.

Bière, potions toniques.

9. — La douleur du côté droit est toujours aussi vive ; la faiblesse augmente.

La diarrhée continue. Vomissements.

12. — Le malade a eu plusieurs syncopes dans la nuit ; douleur dans tout le bras droit. Les douleurs du ventre sont très intenses, ballonnement, sonorité dans toute son étendue.

14. — L'état du malade s'aggrave.

16. — Mort à 5 heures du soir.

Autopsie faite 36 heures après la mort.

Habitude extérieure. Maigreur considérable. Traces de vésicatoires à la partie postérieure de l'hémithorax droit, ballonement et tension énorme de l'abdomen.

Cavité thoracique. — Pas d'épanchement dans les plèvres, adhérences nombreuses et très fortes du poumon droit aux parois costales et au diaphragme.

Ce poumon retatiné, est dans toute son étendue farci de tuburcules ramollis pour la plupart. Aucune portion n'est perméable à l'air. Le poumon gauche a aussi contractée des adhérences nombreuses avec les parois costales et diaphragmatiques, mais moins fortes.

Des coupes pratiquées dans le poumon permettent de constater qu'il est aussi le siège de granulations tubuculeuses. mais on y trouve surtout vers la base, plusieurs parties crépitantes.

Rien d'anormal au cœur.

Cavité abdominale.— A l'ouverture de la cavité abdominale, écoulement de plusieurs litres d'un liquide, séro purulent contenu dans le péritoine. Le foie qui remonte peut-être un peu au-dessus du mamelon droit et refoule les poumons dans la cage thoracique, descend jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessus de l'épine iliaque antero-supérieure; son lobe droit tout entier est le siège d'un vaste abcès ouvert, avant l'autopsie à sa face postérieures, contenant une grande quantité de pus et des flocons purulents.

A la partie postéro-inférieure du lobe gauche, on remarque une cicatrice de forme analogue à une piqûre de sangsue, mais de dimensions bien plus considérables.

Le tissu du foie est mou, friable dans toute son étendue, l'estomac contient plusieurs litres de matières liquides, d'aspect violacé et couleur lie de vin.

Le gros intestin présente une muqueuse épaissie, boursouffiée, manquant par intervalles, d'aspect gélatineux. Les parois sont œdématiées et présentent des granulations tuberculeuses au niveau de la valvule de Bauhin.

Les autres organes abdominaux ne présentent rien de particulier.

OBSERVATION XI

Abcès du foie ouvert dans les bronches communiquant avec la péricarde, — Traces de dysenterie ancienne et récente, — Pleurésie double sans épanchement avec exsudat gélatineux. — (Hôp. maritime de Brest, communiquée par le Dr Roussel).

Houart Guillaume, 28 ans, né à Pleguen (Côtes du Nord) matelot de 3e classe. A fait un séjour en Cochincine où il fut atteint de dysenterie 14 mois après son arrivée; il ressentit alors de la douleur dans l'hypochondre droit et jusques à l'épaule du même côté; après applications de révulsifs sur la région hépatique un mieux se produit et on en profite pour renvoyer ce matelot en France.

Les douleurs hépatiques reparaisent pendant le passage de la mer Rouge puis, cessent et le malade arrive à Toulon, le 20 oct.; il obtient un congé de convalescence et va en jouir en Bretagne. Mais à peine arrivé à Pleguen, les douleurs reparaissent avec une grande violence, des crachements de sang se produisent et continuent les jours suivants. Effrayé, Houart entre à l'hôpital de Brest le 12 novembre. On constate une paleur assez marquée; on remarque une voussure à la région du foie. La percussion donne une matité s'étendant du mamelon j'usqu'à 2 cent. environ de faux côtes (environ 1800 cent.; sur la ligne médiane la matité commence vers la 5e côte environ et descend à 9 cent. au-dessous. Le malade expectore des crachats sanglants de couleur chocolat. La respirations est légèrement rude en arrière et a droite, rude également en avant et à droite; légers retentissement de la voix à la région sous claviculaire. Pas de râles sous crépitants dans toute l'étendue des deux poumons, pas de fièvre.

Onction mercurielle sur le côté et cataplasme.

17.— La douleur au niveau de la région hépatique est moins vive, ainsi que la douleur de l'épaule. L'empectoration assez abondante fournit toujours des crachats sanglants et purulents. L'examen microscopique des crachats ne fournit aucune notion importante, on

aperçoit des globules de sang et de pus, mais pas de cellules hépatiques. T 36.8,38.6.

18.— Selles diarrhéiques. A l'auscultation on perçoit quelques râles muqueux à droite et à la base. T 37,37.1.

19.— Les crachats présentent le même caractère. T 36.8..... 37.4.

20.— Légère amélioration, les fonctions digestives s'accomplissent bien, pas de fièvre. — Potions toniques.

23.— L'amélioration continue, la douleur du foie a complétement cessé, ainsi que la douleur de l'épaule. Expectoration aussi abondante.

5 décembre.— Mauvaise nuit, pas de sommeil : toux fréquente ayant déterminé des douleurs à la région hépatique, céphalalgie. Expectoration plus abondante, décubitus latéral droit. Vers 2 h.1/2 le malade est pris d'une toux violente bientôt suivie d'une expectoration très abondante de pus hépatique.

6.— Douleur lancinante à la région hépatique, la douleur de l'épaule reparaît. Selles liquides.

14.— Expectoration un peu moins abondante.

Quantité d'urines dans les 24 heures 600 gr.
Quantitée d'urée 7.569.

15. — Urines 800 gr.
urée 10.585.
17. — Urines 950 gr.
Urée 14.869.

18. — Les douleurs ont un peu diminué.
Urines 900 gr.
Urée 14.342.
19. — Urines 1100 gr.
Urée 16.688.

20. — Expectoration très abondante sous forme de vomique, on entend des râles sous créptitants à droite et à la base.
Urines 700 gr.
Urée 11.189.
21. — Urines 800 gr.

Urée 12.703.

22. — Urines 800 gr.

Urée 11.601.

25. — L'appétit se perd sensiblement. Expectoration abondante pas de fièvre.

Trait-Lait, Vin de quinquina. Eau de seltz, potion diacodée pepsine 1 gr.

4 Janvier. — Les douleurs de la région hépatique ont cessé depuis hier ; la douleur de l'épaule a disparu depuis 5 jours et est remplacée par une douleur au niveau du poignet droit. Cette douleur qui semble être de même nature présente les mêmes caractères que la douleur de l'épaule.

8.— Expectoration très abondante ; la douleur du poignet persiste.

10. — L'état du malade semble s'aggraver ; vers 3 h. a été pris d'oppression, expectoration très abondante sous forme de vomique. Avant l'expectoration, douleur de côté, qui a disparu quand le malade au expectoré. La respiration est fréquente, le facies grippé.

16.— Le malade a passé une mauvaise nuit : il éprouve une très vive douleur à la région hépatique. On entend des râles sous crépitants en arrière.

18. — Céphalalgie, lassitude générale, soif ardente.

T. 37.39.

19.— Douleur dans tout le membre supérieur a droit ; vomissements alimentaires. T 37.5,38 4.

20.— 38 28.2.

21.— 36.5,38.

22.— Les douleurs hépatiques augmentent d'intensité. Sueurs abondantes. Expectoration très abondante, vomissements.

37.6,39.2.

23.— 38, 39.8.

24.— La douleur du poignet persiste simultanément avec la douleur de l'épaule droite. Expectoration sous forme de vomique.

37.3,39.

25.— 38.1,38.3.

26.— L'état du malade s'aggrave, l'émission des urines est douloureuse.

37.2,38.4.

27.— 37, 38.7.

28.— 37.4,38.5.

29.— Transpiration abondante toute la nuit, oppression très vive; douleur localisée au niveau de la région précordiale ; râles sous crépitants dans les deux poumons. 37.8,35.6.

30.— Nuit mauvaise ; douleurs très violentes à l'hypochondre gauche, oppression considérable ; facies pale ; douleur vive à la région précordiale. T. 35,3.

31.— Douleur moins vive à la région précordiale, expectoration difficile à cause de la grande faiblesse du malade — sueurs froides — selles diarrhéiques contenant quelques mucosités sanguinolentes, 35,33,8.

Le malade demande a être placé sur le vase ; au moment ou on le remettait dans son lit, il s'est éteint doucement.

Autopsie.— Habitude extérieure : rigidité peu marquée. Un peu d'amaigrissement. Paleur des téguments ; pas de teinte ictérique ; traces de vésicatoires aux deux hypochondres.

Cavité thoracique. — Le péricarde est distendu par une quantité assez considérable de pus séreux ; les deux feuillets ne sont pas adhérents, mais ils sont épaissis. Ils ont pris une apparence velvetique et semblent macérés, sur le côté droit du péricarde, il existe une adhérence entre le péricarde et le diaphragme, au niveau du foyer de l'abcès du foie. A cet endroit, au milieu d'une plaque ecchymotique, existe un petit orifice ayant permis le passage d'un peu de pus hépatique dans le péricarde.

Les deux poumons sont adhérents aux parois costales. Dans la plèvre gauche, trace d'inflammation, pas de liquide ; exsudat gélatineux à la plèvre du poumon gauche. Dans la plèvre droite, également inflammation sans épanchement. La partie inférieure du poumon droit, est indurée, et adhérente au diaphragme.

Cavité abdominale.— Adhérence intime et étendue de la face con-

vexe du foie au diaphragme. La compression du foie fait sortir une quantité considérable de pus jaune et épais. Sur la face convexe du foie, à la partie supérieure, une dépression dont le pourtour est adhérent au draphragme. Cette excavation dont l'orifice est assez considérable, contient un pus épais ; au fond se trouve une caverne de la capacité d'un œuf environ. Les parois de cette caverne sont tapissées d'une fausse membrane très dure, et, dans une épaisseur de 1 cent. environ, le tissu hépatique reste jaune et induré. Le reste du foie est complètement sain ; au niveau du foie le diaphragme est entièrement détruit.

L'épiploon et le mesentère sont sains ; pas de traces de liquide dans le péritoine — Rougeur de la muqueuse rectale et de celle de l'S iliaque. Quelques petites ulcérations à fond blanc formées par la tunique celluleuse, taillées à l'emporte-pièce dans les deux régions. Dans le cœur, la muqueuse est rouge et épaissie ; ulcérations confluentes, les unes à fond grisâtre, paraissant cicatrisées ; les autres à fond blanc taillées à l'emporte-pièce et de nouvelle formation.

La muqueuse de l'intestin grêle présente les caractères normaux, à l'exception d'une injection généralisée de la partie terminale de l'iléon.

OBSERVATION XII

Abcès multiples du foie. — Hémorrhagie pelvienne survenue après une chute de cheval.—Mort.—Autopsie. Service du docteur Corre.

Renaudin, né dans la Charente-Inférieure, gendarme au Morne à l'eau, 30 ans de service ; constitution débile.

A fait un séjour à l'hôpital en février-mars 1884, pour congestion du foie ; la feuille de clinique mentionne des températures d'état fébrile remittent, pendant une quinzaine de jours, de la douleur hépatique, une augmentation du volume du foie : purgatifs et vésicatoire.

Le 11 août 1885, revient d'un convoi à la Désirade, fort souffrant, depuis 10 jours ; il dit n'avoir pas eu de fièvre, mais seulement quel-

ques frissons; abattement, visage et extrémités supérieures colorés, comme si le malade avait subi une insolation; quelques tremblements des extrémités; langue pâle, lisse, rosée, humide; l'attention est appelée du côté du foie dont la région est déformée; il y a comme une saillie anormale des dernières côtes, à droite, et entre celles-ci et l'ombilic, en allant vers l'épigastre, la main perçoit une certaine tension; la matité ne paraît pas accrue. Le malade dit avoir toujours eu le côte déformé et prétend n'avoir souffert du foie que d'une manière passagère. Nulle douleur à la région.

L'état du malade reste mal défini. Il ne se plaint guère que d'abattement, d'envies de vomir et de constipation; la langue reste belle. Le visage est tantôt calme et reposé, tantôt fatigué, et deux ou trois fois on constate de la réfrigération et des sueurs visqueuses, aux extrémités de la tendance algide.

La température est ainsi notée :

12 août,	38	S. 37.6	17 août,	38	37.8
13 —	37.7	38.5	18 —	38.5	38.5
14 —	37.8	39	19 —	38.5	38.8
15 —	38	39.4	20 —	38.4	38.5
15 —	37.4	38.8			

Traitement : Soupes, vins vieux, potion au rhum, sulf. de quinine en injections sous-cutanées ou par la bouche, etc.

Le 21, avec une température de 37.8, le malade offre un facies plus fatigué, les yeux sont excavés, les extrémités froides et la quinine est rejetée par vomissements.

Le 22. — État indécis. T. 38.5; 39.5.

Le 23. — Après un moment d'amélioration, le ventre apparaît ballonné, ni selles, ni urines, pression douloureuse à l'hypogastre.

Bain de siége, lavement huileux, sulf. de quinine en injec. 0.60.

A partir de ce moment, le malade devient de plus en plus abattu, il est subdélirant et a des selles et des urines involontaires; puis, les urines ne sont plus émises et doivent être évacuées par la sonde (elles sont assez claires, médiocrement colorées et sans albumine); les selles tachent le linge en rouge ratanhia (selles pseudo-hémorrhagiques,

hémaphéiques, bande de réduction spectrale large et nette sur la limite du vert et du bleu, empiétant sur le vert où elle s'arrête carrément, et sur le bleu en mourant vers l'indigo); pas d'ictère; langue sèche et un peu fuligineuse; parfois des gargouillements, mais dans les deux fosses iliaques; hypogastres douloureux à la pression; pas de tâches particulières, carphologie, pouls petit et fréquent.

24. — 38.5	39.3	28 — 38.8	38.8
25. — 39	40	29 —	39.5
26. — 38.5	39.4	30 — 38.6	39.5
27. — 39			

La respiration devient saccadée, affaissement entremêlé de grande agitation, selles ratanhia copieuses, urines toujours retenues dans la vessie, toujours limpides et sans albumines, marmottement continuel. Mort le 31 août 1885.

L'autopsie ne révèle rien qu'un peu d'injection du côté de l'intestin, une certaine pigmentation de l'épiploon et des ganglions mésentériques, une rate ferme, de coloration rouge foncé, homogène, d'un quart plus grosse qu'à l'état normal, une vessie pleine d'urine limpide, et des reins légèrement congestionnés.

1° Caillot presque du volume du poing, et sang noirâtre et fluide dans le petit bassin; le caillot situé dans le bas-fond intermédiaire au rectum et à la vessie, ferme, partie fibrineuse et noirâtre : il devait comprimer le col de la vessie et expliquer la difficulté que l'on éprouvait à pénétrer dans ce réservoir (sensation de battement) : microbes dans le sang, colorés par le bleu d'aniline, punctiformes; point d'odeur appréciable de putréfaction cependant.

On apprend alors, pour la première fois, qu'à la Désirade, quelque temps avant son entrée à l'hôpital, Renaudin a fait une chute de cheval sur le ventre.

2° Foie non augmenté de volume, mais subglobuleux, de couleur jaune chamois, friable, très-graisseux; face convexe et partie postérieure du grand lobe adhérent; sur le grand lobe, à la partie supéro antérieure et moyenne, deux dépressions cicatricielles indiquant des abcès résorbés et radicalement guéris; tout à fait à la partie supérieure

et moyenne, abcès du volume d'un œuf de pigeon, à parois anfractueuses, plein d'un pus crémeux, entouré d'une zône de tissu ramolli, où l'on distingue de petits foyers miliaires, mais nullement délimité, et recevant protection efficace des adhérences.

Sur le lobe gauche, à la partie la plus externe du bord antérieur et répondant au rebord costal, abcès de même volume que le précédent, mais moins protégé, à parois lisses ; on l'ouvre par mégarde au début de l'autopsie.

OBSERVATION XIII

Abcès du foie. — Ponction. — Mort. — Autopsie. — (Hôpital du camp Jacob, service du Docteur Planté).

Guittard Henri, artilleur de marine, 24 ans, de constitution robuste vient de faire un séjour assez long à l'hôpital de la Basse-Terre où il a présenté tous les symptômes d'une fièvre bilieuse légère; évacué sur l'hôpital de camp Jacob pour hâter la convalescence, mais quelques jours après son arrivée, se plaint d'une violente douleur dans le côté droit, ayant débuté il y a une huitaine de jours.

Il y a environ 19 mois a été traité à l'hôpital de la Basse-Terre pour hépatalgie ; santé bonne dans l'intervalle.

A l'examen on constate : immobilité presque complète des côtes droites, pas de voussure apparente : traces de vésicatoires, chaleur vive de la peau ; à la percussion augmentation de 1 à 2 cent de la matité : la palpation excessivement douloureuse ne permet pas de sentir le rebord inférieur du foie. Vive douleur dans l'épaule droite. Décubitus dorsal constant ; le malade ne se met sur son séant qu'avec les plus grands efforts. Faciès pâle, teinte subictérique, langue chargée, noirâtre au centre, pas de selles depuis 3 jours.

25. — Pas de sommeil la nuit ; la douleur à un peu diminué, quelques selles bilieuses.

26. — Même état, pas de sommeil ; douleur, localisée sur la ligne mamelonnaire ; le malade se lève un peu plus facilement.

	39		39
27. —	39		39
28. —	38		38.8

29. — On a fait appliquer hier un vésicatoire sur le côté, la nuit a été bonne, la douleur est un peu moins vive au côté et dans l'épaule droite, langue pateuse ; teinte subictérique.

	38.2		38.8
30. —	38.2	2. —	38.2
31. —	38	3. —	38
1. —	38.2	4. —	38
	39		39.5
	39.2		39
	39.4		38.4

On applique deux caustiques de Vienne sur le côté droit,

5. —	37	18. —	38
6. —	37.3	19. —	38
7. —	37.3	20. —	38
8. —	37	21. —	37.8
9. —	37	22. —	37.8
10. —	37.2	23. —	38
11. —	37	24. —	38
12. —	37	25. —	37.8
13. —	37.2	26. —	37.8
14. —	37.2	27. —	37.8
15. —	38	28. —	37.3
16. —	37.8	29. —	37.4
17. —	38.6		
	38		39.2
	38.2		38.8
	37.8		39.3
	38.2		38.8
	38.7		39
	38.2		39
	38		39
	38.8		39
	38.8		40
	38.5		39
	38.8		39
	38.2		39
	39		

Pendant ce temps on a essayé de soutenir les forces du malade par l'administration de toniques, amers etc.; après une période d'accalmie, les symptômes inflammatoires reparaissent avec plus d'intensité du côté du foie : fièvre hectique, amaigrissement considérable. La douleur change souvent de place pour arriver à se localiser vers le septième ou le huitième espace en dehors de la ligne mamelonnaire ; la matité est absolue dans tout le côté droit en avant et en arrière jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate ; on perçoit un son skodique sous la clavicule droite.

Pas de gêne respiratoire ; en arrière le murmure visiculaire est aboli dans toute la zône de matité ; œdème de la paroi thoracique. La mensuration donne une différence de 2 centi., 1/2 en faveur du côté droit ; le foie déborde le rebord costal ; les symptômes vont s'aggravant ; on sent un léger écartement des spaces intercostaux (7e 8e 9e).

L'intervention est décidée.

Le 29 septembre, à 8 heures du matin, on fait une ponction (appareil de Dieulafoy, aiguille n° 2) ; le pus fait irruption dans l'appareil et on en retire environ 150 grammes. La canule est laissée en place et à 2 heures, deuxième aspiration de 300 grammes de pus ; à 6 heures nouvelle aspiration de 300 grammes de pus ; puis, prenant la canule comme conducteur, on fait une incision de 2 cent., intéressant toute la paroi. Il sort encore une grande quantité de pus ; un gros drain est mis en place.

Le malade supporte bien l'opération.

30 septembre	36.8	38.8	3 octobre	36.8	39.2
1er octobre	38	39	4 —	38	38.8
2 —	36.8	39.5	5 —	37.4	38.3

Peu d'amélioration : la suppuration est un peu moins abondante ; les aliments sont mal supportés ; légère diarrhée ; le malade s'affaiblit tous les jours davantage, on cherche par tous les moyens à soutenir ses forces. Injection d'eau phéniquée à 2 p. 1000 dans la cavité suppurante.

6. —	37	38.8	9. —	37	38.9
7. —	37	37.8	10. —	37	38.5
8. —	37	38.5	11. —	37	37.5

La suppuration ne diminue pas ; le malade est toujours très faible, il s'amaigrit progressivement ; dégoût des aliments, quelques vomissemets alimentaires ; diarrhée plus abondante.

12. —	37	38	15. —	37	38.2
13. —	37	37.8	16. —	37	37.7
14. —	36.8	38	17. —	37	

Le malade s'éteint à minuit 15.

Autopsie. — Etat de maigreur extrêmement prononcé.

Cavité thoracique : les poumons présentent un peu de congestion provenant sans doute du decubitus dorsal prolongé. Rien au péricarde ni au cœur.

Cavité abdominale : Le foie est très volumineux. Il existe quelques adhérences avec le diaphragme, elles sont facilement détruites ; la cavité renferme une grande quantité de pus crémeux dans lequel le foie est baigné ; l'abcès est situé sur la face convexe du lobe droit ; en cet endroit le foie se trouve creusé d'une cavité dont les bords, formant une ellipse mesurent de 18 à 20 cent. de hauteur sur 12 de large : Le centre de l'abcès à une profondeur de 3 à 4 cent.

Il n'y à pas de membrane pyogénique ; on constate sur les bords de l'abcès un travail de cicatrisation manifeste.

Il n'existe pas d'autre abcès dans les autres parties du foie.

Le péritoine ne présente aucune trace d'inflammation.

On trouve quelques ulcérations à la surface de l'intestin.

OBSERVATION XIV.

Abcès du foie. — Mort. — Autopsie. — (Communiquée par le docteur Brémaud.

Paol, François, 25 ans, né à Lambezellec (Finistère), brigadier à la sixième compagnie d'ouvriers d'artillerie, entre à l'hôpital de la Basse-Terre (Guadeloupe) le 5 mai 1885; un mois et demi de séjour dans la colonie, il arrive directement de France. Pas de séjour antérieur aux colonies.

Petit, maigre, se plaint de douleurs intenses à la région hépatique, le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt, remonte en haut jusqu'au mamelon. Pas de diarrhée, fièvre.

Bouillon, ventouses scarifiées, calomel 1 gr.

7. — Frisson intense et prolongé dans la nuit.

8. — Grande gêne respiratoire, matité et bruit de souffle à la base

droite. Percussion très douloureuse en arrière au niveau du bord supérieur du foie.

A ce momoent le diagnostic posé est : abcès de la face supérieure convexe du foie cherchant à se faire jour dans les poumons. T. 40, on propose une ponction exploratrice qui est refusée.

Traitement : limonade tart., 3 pil., calomel, 1 gr., poudre d'ipéca, 0.50.

Deux vésicatoires en avant et en arrière du côté droit.

Le 12. — La pneumonie suit son cours, on pratique dans le septième espace intercostal une première ponction, pas de résultat.

15. — Amélioration, le volume du foie diminue.

Traitement : pot, ext. de Kina, 2 gr., sp. d'ipéca, 15 gr., madère, 60, et pot, kermès, 0.20, sp. tolu, 20, sp. morphine, 20.

19. — Pneumonie à gauche, matité, souffle.

21. — Râles crépitants de retour des deux côtes en arrière, amélioration notable.

28. — L'amélioration continue à se produire.

31. — Les poumons sont en bon état, la douleur hépatique a disparu, temp. 37.4.

Le malade est pris à neuf heures du matin d'hallucinations, il voit une personne qui cherche à l'empoisonner, terreur, cris.

Le malade se remet lentement, il reprend des forces, la température oscille entre 37.8 le matin et 38.4 le soir, jusqu'au 9 juin.

10 juin. — Douleur considérable au niveau de la partie supérieure du foie, reprise de la pneumonie droite, voussure considérable, anhélation, anxiété.

11. — On pratique une nouvelle ponction dans le cinquième espace intercostal avec le Dieufaloy, on retire huit cent gr. de pus fétide, couleur chocolat. Lavage de l'abcès avec de l'eau phéniquée. L'aiguille n'a donné de pus qu'à la profondeur de 8 cent.

Amélioration immédiate dans l'état général, disparition de la voussure.

15. — Retour brusque des symptômes alarmants.

16. — Nouvelle ponction dans le sixième espace intercostal, au

milieu de la ligne axillo-mamelonnaire, aspiration de 450 gr. de pus semblable au premier; lavage à la solution phéniquée, amélioration immédiate. Temp. M. 37.8..... S. 38.8.

19. — Brusquement dyspnée intense, anxiété précordiale, on fait une ponction sans résultat.

20. — Le malade est dans un grand état de faiblesse, il réclame une opération radicale dont il nous a entendu parler, Il est très courageux. Temp. 39.

On pratique une ponction avec l'appareil de Dieulafoy dans le sixième espace intercostal, sans résultat; immédiatement une seconde est pratiquée dans le septième espace et le pus s'écoule dans l'appareil. Le malade est endormi au chloroforme, on pratique une incision dans le septième espace intercostal en le guidant sur l'aiguille et on pénètre dans le foyer de l'abcès. En même temps qu'un flot de pus s'écoule, hoquet, respiration bruyante, le pouls tombe. L'appareil faradique ne donne aucun résultat. Mort.

Autopsie faite 7 heures après la mort.

Maigreur, pas de coloration des téguments et rigidité cadavérique. Le foie est fortement adhérent par sa face antero supérieure sur une étendue de quinze cent. environ, à la paroi abdominale. Les adhérences détruites, il s'écoule une assez grande quantité de pus; augmentation de volume, poids 1.920 gr. Le foie présente l'aspect graisseux extérieurement et à la coupe.

Sur la face antero supérieure du lobe droit, se trouve une vaste poche dont la partie inférieure est formée aux dépens de la face antero-supérieure du foie. La partie supérieure est formée par le diaphragme sphacelé. Cette poche renferme encore du pus couleur de chocolat et des lambeaux de tissus sphacélés. Elle s'étend à peu près du sillon qui sépare les deux lobes, à la partie moyenne environ de la face antero-supérieure du lobe droit, dans le sens transversal et dans le sens vertical, elle occupe un peu plus de la moitié de la face antérieure. Voici d'ailleurs le diamètre :

Diamètre vertical.....	13 cent.
— transversal.....	9 cent.

La vésicule biliaire est distendue et très volumineuse.

A l'ouverture de la cavité thoracique, il s'écoule de la plèvre médiastine une assez grande quantité d'un liquide séreux jaune verdâtre.

Adhérences entre la plèvre et le péricarde. Le cœur est sain, peut-être surchargé de graisse : poids 250 gr.

Il résulte d'une lettre du docteur Marion (de Brest), que la congestion hépatique existait depuis longtemps chez ce jeune homme habitant la commune de Lambezellec, près d'endroits marécageux.

Le père, maître mécanicien de la marine en retraite, a été atteint d'abcès du foie avant son mariage et aurait depuis continuellement souffert de cet organe, d'où peut-être pour Paol une susceptibilité héréditaire. ?

OBSERVATION XV (1)

Hépatite suppurée. — Abcès ouvert dans les bronches. — Mort. — Pas d'autopsie. (M. E. Eugène, médecin de la marine, né à Rochefort.)

Dès son arrivée au Tonkin (5 mai 1884), est pris d'une diarrhée d'acclimatement persistante, cependant la santé reste bonne, un peu de congestion du foie à la saison chaude de 1884.

En février 1785, est envoyé à Ninh-Binh.

Il est aussitôt atteint de quelques accès de fièvre et d'une d'ysenterie qui s'accompagne d'une forte poussée congestive du côté du foie. A partir de ce moment la santé décline chaque jour, l'appétit se perd; à la dysenterie succède une diarrhée qui persiste malgré tous les traitements. Tous les soirs légère élévation de température qui atteint 38.2 à 38.5; sueurs profuses, nocturnes.

Cet état persiste jusqu'au commencement d'avril 1885, où E. est dirigé uur Haïphong en vue de son renvoi en France. Il est examiné par le docteur Borius qui constate une forte augmentation du volume

(1) Nous devons la plus grande partie de ces renseignements à l'amabilité du docteur Bellot.

du foie. Cet organe remonte jusqu'au niveau du mamelon droit, descend à trois travers de doigt au-dessous des fausses côtes droites, se prolonge en avant jusqu'à la ligne médiane, et en arrière jusqu'à la colonne vertébrale. Toute la région correspondante est légèrement sensible à la pression, mais surtout au niveau de la partie moyenne du huitième espace intercostal. L'état général ne s'améliorant pas, le docteur Borius propose une ponction exploratrice qui est refusée par le malade, convaincu qu'il n'a pas de pus dans le foie. Renvoyé en France.

Il présente en ce moment un état général assez bon et rien ne prouve d'une façon absolue qu'il y ait du pus dans le foie, mais pendant la traversée du retour, sous l'influence des premiers froids ressentis à l'entrée de la Méditerranée, une poussée aiguë se déclare et les symptômes revêtent une gravité considérable.

Entre le 5 juin 1885 à l'hôpital de Toulon. L'état du malade devient tous les jours plus alarmant, la température est élevée, il survient une toux quinteuse, fatiguante, parfois dyspnée.

Le 11 on fait une ponction avec le Dieulafoy et on retire 400 gr. de pus couleur chocolat; soulagement immédiat. La toux devient fréquente, l'expectoration devient purulente et prend le caractère hépatique le 16.

La faiblesse augmente, la température est élevée matin et soir. L'expectoration devient plus abondante et le malade meurt le 17 juin à 6 heures du soir.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,
Dr DE FLEURY.

Vu : *Le Doyen,*
Dr A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 26 juin 1886.

Le Recteur de l'Académie,
H. OUVRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

ANDRAL. *Clinique médicale.* — Annesly, Researches, into the causes, nature, and tretment of more prévalent deséases of India, Lond. 1825. — Allan, Death from hepatic abscess bursting into the pericadium (Lancet 1845). — Aitken Langhdan. Chronic hépatic fistula-cure by injection of iodine-Edimb. méd. journ. juin 1870. — Arnould. Abcès et infarctus de la râte et du foie, in Gaz. méd. 1872. — Aron. Abcès du foie évacué par les bronches, in Gaz. des hôp. 1874. — Auger. Abcès du foie pris pour une pleurésie purulenlente, in bull. de la Soc. anat. 1875.— Anderson (M'Call) an obscure case of hepatic desease, Glasg. méd. journ. janv. 1885. — Amalbert, De l'hépatite des pays chauds. Th. Montp., 1862.— Arnaud. Essai sur les rapports des affections du foie, avec la dysenterie chronique des pays chauds. Th. Paris 1873.

BRISTOWE. *Transact. of the path. Society.* — Budd, on the deseases of the liver. Lond. 1851. — Behier, Gaz. des hôp. 1869. — Bordier, traitement des abcès du foie au Sénégal, (journ. de thérap. 25 nov. 1880. — Boudin, traité de géographie et de statistique médicale, Paris 1837. — Bégin, mémoire sur l'ouverture des collections purulentes et autres développées dans l'abdomen. (jour. univ. hebd. de méd. et de chir. T. I 1830. — Bonnaud, quelques considérations cliniques sur les abcès du foie, dans les pays chauds, Th. Lyon 1881.— Bouillaud, abcès enkystés du foie, ramollissement, inflam. du même organe, etc., arch. de méd. 1825, T. IX. — Brierre de Boismont, ob-

servations sur quelques maladies du foie pour servir à l'histoire path. de cet organe, arch. de méd. 1825 et 1828. — Baudelocque, affection du foie simulant une phtisie pulmonaire, etc., Gaz. méd. de Paris 1834. — Broussais (Casimir), réflexion sur les abcès du foie (en Algérie). Bull. de méd. et chir. Mil. Paris 1838. — Bentley, abcess of the liver bursting into the pericardium. in Lond. méd. Gaz. XLII, p. 1068-1848. — Bertherand, considérations sur divers cas d'abcès du foie, in Gaz. des hôp. 1858.— Bertulus, leçons cliniques sur les maladies du foie, in Gaz. des hôp. 1859. — Buckling, Fälle von Leberabscess. Dissert inaug. Berlin 1868. — Bourdillat, abcès du foie ouvert dans le péritoine, in Gaz. des hôp. 1868. — Behier, abcès du foie lié à une dysenterie et offrant tous les symtômes d'un cancer de l'estomac, in Gaz. des hôp. 1869.— Black, abscess of the liver, Lancet 1872. — Bergès, étude sur les abcès du foie consécutifs à la dysenterie des régions tempérées, Th. Paris 1876.— Blondeau, abcès du foie, Th. Paris 1851. — Ballin, hépatite dans les pays chauds, Th. Paris 1859. — Bautier, abcès du foie, Th. Paris 1869. — Bernheim et Simon, abcès du foie par hépatite suppurée primitive; métastase pulmonaire, Rev. méd. Nancy, février 1885. — Bornius, quelques considérations médicales sur le poste de Dagana (Sénégal), Th. Montp. 1864. — Burgess (Ed.), rupture du foie suivie de périty-phlite, Lancet 31 oct. 85. — Béranger-Feraud, innocuité des ponctions du foie, Bull. thérap. 1874. — Béranger-Féraud, maladies des Européens au Sénégal, 1875. — Berg, étude sur l'étiologie de l'hépatite observée au Sénégal, 1860. — Bondoumet, essai médico-chirurgicale sur l'hépatitis et les dépôts qu'en font la suite, Th. Paris 1804. — Benscher, quelques mots sur l'hépatite aiguë, Th. Montp. 1837. — Bernard, quelques considérations sur l'hépatite suppurée, Th. Montp. 1872. — Boyd B. Joll, the diagnotic of hépatic abscess, Lancet 1880. — Bloxhôm, case of hépatic abscess, Lancet 1881.— Barker, on two case of hépatic abscess, recovery. Lancet 1882. — Booth, three hépatic abscess; opération, recovery, Lancet janv. 1886. —Brouardel, l'urée et le foie, arch. de phys. 1876.

CAMBAY, traité des maladies des pays chauds, Paris 1837. — Cameron, ou the treatment of the acute hepatitis in its suppuration stage, Lancet 1863. — Catteloup, mémoire sur la coïncidence des abcès du foie avec la dysenterie et la diarrhée eudémique de la pro-

vince d'Oran. Rec. de mém. de méd. et chir. mil. 1842. — Colquhoun (arch.) Extensive liver abscess successfully opened (the med. chir. review, London, oct. 1838. — Cruveilhier, anat. path. du corps humain liv. XI et XVI. — Campardon, étiologie et traitement des abcès du foie. Thèse Montp. 1850 et arch. de méd. 1852. — Cabaud, considération sur l'hépatite et les abcès du foie. Th. mont. 1851. — Cruveilhier, observations sur des abcès multiples du foie dont le point de départ était une inflammation des radicules biliaires distendues par la bile (soc. anat. Paris 1856 et arch. gén. de méd. janv, 1857. Celse, de l'hépatite, lib. IV, chap. XV, trad. Vedrène. — Ae Castro, abcès du foie, traités par la ponction, union méd. 1870. —Chatez, hepatic abscess following typhus fever, in brit. med. jour. nov. 1873. — Calastrie, hépatite suppurée compliquée d'empyème. Gaz. med. italiana, Lombardia, fév. 1874. — Chevassu, étiologie de quelques abcès du foie, th. Paris 1851. — Carof, hépatite observée à la Martinique, Th. Paris 1853, — Castella, abcès du foie. Th. Paris 1863. — Calvé, quelques considérations sur la formation et l'ouverture des abcès du foie. Th. Paris 1826. — De Castro, des abcès du foie et de leur traitement chirurgical, Paris 1871. — Castel, essai d'un guide sanitaire de l'Européen au Sénégal. Th. montp. 1850. — Clark (A.), abscess of the liver, Lancet, fév. 1881. — Craig (J.), cause of hépatic abscess. Lancet, nov. 1885. — Chasseriaud, souvenirs du Tonkin. Th. Bord- 1885. — Cornil et Ranvier, manuel d'histoloie pathologique.

Dutrouleau, traité des maladies des Européens dans les pays chauds. Paris 1868 et mémoire sur l'hépatite des pays chauds et les abcès du foie. Mém. de l'acad. de méd. Paris 1856. — Descroisilles, hépatite aiguë suivie de suppuration. Bull. soc. anat. 1861. — Duhamel, hépatite aiguë, gaz. des hôp. 1866, n° 15. — Delaire, abcès du foie consécutif à une fièvre typhoïde, gaz. des hôp. 1869. — Dubain, essai sur l'hépatite suppurée de nos climats. Th. Paris 1876.— Duauthier, hépatite. Th. Paris 1851. — Dutil, essai sur la contusion du foie. Th. Paris 1859. — Dupont, de l'hépatite interstitielle aiguë Th. Paris 1878. — Dupuy, étude sur quelques complications des abcès du foie du côté des organes respiratoires. Th. Paris 1881. — Dubarry, essai sur l'hépatite observée dans les pays chauds. Th. montp. 1844. — Duplay, le péritoine au point de vue chirurgical. — Ducha.

telier, considération sur la genèse de l'hépatite suppurée. Th. Paris 1885.

Fauconneau-Dufresne, curabilité des abcès hépatiques. Rev. méd. 1846 et quelques considérations sur les maladies du foie. Gaz. méd. Mont, 1852. — Finlayton, on the relations of the abscess, of the liver to gastro-intestinal ulcerations. In glasg. med. jour. fer. 1973. — Féréol, abcès hépato-péritonéal, in union méd. 1874. — Foiret, cause et lésions de l'hépatite suppurative. Th. Paris 1870. — Ferron, dysenterie, trois abcès du foie, péricardite terminale, in gaz. heb. sc. med. Bord. 1886. — Frérichs, traité des maladies du foie avec atlas 1866. — Fleury, cliniques hydrothérapiques de Bellevue 1855. — Fayrer, abcès tropicaux du foie, 1883. — Fayrer, on dysentery and liver abscess, Lancet. mai 1883. — Fayrer, traitement des maladies tropicales dans les climats tempérés. Arch. méd. nav. 1883.

Fergus (Walter) Hepatic abscess in young subject. Lancet, Juin 1884. — Furnell, some notes on abscess of the lever. Lancet 1878 et notes ou abscess of the lever. Lancet 1881. — Fonsagrives, hygiène navale, climats chauds.—

Guipon, observations de plusieurs abcès du foie, dont un énorme kyste hydatique, l'hôpital de Montaganem. Rec. de men. de méd. et chir. mil. 1855. — Gallard, leçons sur l'hépatite et les abcès du foie. Union méd. 1871. — Graves, clinic. lectures, 2e édition vol II et Clinical observations on hépatic abscess, in Dub. hosp. reports, 1827, et hepatic abscess opening through the pericadium, in the phil. monthly journ. 1827. et mortification of the liver. gangrene, in méd. chir. Rev. London oct. 1833, et Hepatic abscess opening into the stomach, in the Dub. med. journ. 1839. — Gallard, hépatite aigüe, in Union méd, 1855.— Goguel, des abcès du foie, th. Strasb. 1856. — Goodwin, Circumscribed or suppurative infl. of the liver in Brit. méd. j. 1864. — Garnier, innocuité de la ponction du foie, in Union méd. 1868. — Greenhow, abscess of the. liver, in trans. of the path. soc. of London, 1868. — Gallard, abcès du foie, ponction, in Gaz. hebd. 1869.— Gratham Steel, notes on a case of abscess of the liver in Edimb. méd. j. 1875. — Gueneau de Mussy, contribution à l'histoire des abcès du foie, in France méd. 1875.— Gallard hépatite et abcès du foie, in cliniq. méd. de la Pitié 1877. — Gestin, de l'influence des climats chauds sur l'Européen, Paris 1857. —

Gonnet, quelques réflexions sur l'hépatite aiguë, précédées de plusieurs observations, Th., Paris, 1827. — Gaidan, Essai sur l'étiologie de l'hépatite et de la dysenterie muqueuse des pays chauds. Th. Paris 1837. — Griffon du Bellay, L'hôpital flottant, la Caravane au Gabon, Arch. méd. nav. 1864. — Gauthier, Des endemies au Sénégal. Th. Paris 1869. — Geddes (W), clinical illustration of the deseases of Madras. P, 313. — Gillet, relation du traitement d'un abcès du foie par la méthode de Little : guérison. Arch. méd. nav. 1885. — Gros, recherches anatomiques et physiologiques applicables au traitement des kystes du foie. Congrès d'Alger 1881.

Haspel, maladies de l'Algérie. Paris 1850, et traitement du foie. Gaz. méd. de Paris 1846, et recherches sur le ramollissement du foie in Gaz. méd. de Paris 1847. — Heysch, abcès du foie communiquant avec la base du poumon dr. In Revue Méd. chir, de Paris 1861. — Hayden, Dublin Quat.. Journ, fév. 1868. — Huey, Two cases of hepatic abscess following malaria fever, in Saint-Louis, med. and Surg. journ. 1868. — Hayem, abcès métastatiques du foie, in Soc. biol. et Bull. Soc. anat. 1875. — Hilton Fagge, hepatic abscess following ulceration of the large intestine, in trans. of. path. Soc. of London xxi. — Hirtz, bul. Soc. anat. 1875. — Hervé (P.-M.) Topographie médicale du Sénégal. Un mot sur l'hépatite. Th. Paris 1845. — Huillet, contribution à la Géographie médicale. Pondichéry, Arch. méd. nav. 1867. — Hepatic abscess and dysentery. Lancet 1881. — Henderson, Tropical abscess of the liver by antiseptic incision; recevery : remarks. Lancet, avril 1882.

Jaccoud, Pathol. Interne.— Jameson, notes on a case of hépatic abscess, Lancet 1871.—Julius, aperçu sur les lésions anatomiques de la diarrhée de Cochinchine, th. Montp. 1864.— A. Jean, quelques considérations sur l'hépatite et les abcès du foie, observés au poste de Bakel (Haut-Sénégal), au point de vue de l'étiologie et du traitement, Th. Mont. 1870. — Jonhston (J), on diagnosic of hépatic abscess, Lancet 1880.

King. — Hépatic abscess, in Bul. méd. journ. 1873.

Larivière. — Etude clinique des abcès du foie dans les pays chauds, Rec. de mém. de méd. et chir. Mil. 1864. — Laveran, contributions à l'anatomie path. des abcès du foie, Arch. de phys. 1875. — Lavigerie, de l'hépatite et des abcès du foie, Th. Paris.

1866. — Levacher, abcès fistuleux communiquant avec la vésicule biliaire, dilatation du conduit fistuleux, ext. action de 16 calculs biliaires, guérison, journ. de chir. 1846. — Lebert, anatomie pathologique, Paris 1856. — Langlet, abcès du foie, in Bull. soc. anat. 1871. — Lehir, considérations sur l'hépatite et les abcès du foie, dans les pays intertropicaux, Th. Paris 1856. — Lagarde, abcès du foie observés en Afrique, Th. Paris 1857. — Langlois, de l'hépatite, Th. Paris 1834. — Laveran, maladies et épidémies des armées, abcès du foie. — Lombard (de Genève), traité de climatologie médicale avec atlas indiquant la distribution géographique des maladies. — Layet (A.), études d'hygiène intertropicale, Arch, de méd. nav. 1877. — Larrey, clinique chirurgicales, t. II p. 448. — Long, des diverses méthodes de traitement chirurgical des abcès du foie, Th. Montp. 1884.

Murchison, obs. on the climate and deseases of Burmah, Edmb. med, and. Surg. Journ. 1854. — Morehead, Clinical Researches on des eases of Indea. London 1860. — Mac-Lean, on treatment of acute hepatitis. — Murchison, Leçons cliniques sur les maladies du foie. Trad. fr. 1878. C. R. anal. in arch. méd. nav. XXXI. — Martin (Ranald), Lancet, 20 et 27 août 1864. — Malcolmson (G,), on a particular symptom occurring in some cases of enlarged liver. Méd. chir, transact. London 1838. — Mouat, purulent discharges from the bladder and rectum in hepatic deseases of India. Brit. and foreign méd. chir. Rev, Lond. 1838. P, 251. — Morel, phlegmasies et abcès du foie, en Algérie. Th. Paris 1852. — Marroin, abcès du foie, arch, méd. 1862. — Mac-Dowel, cases of abcess of liver opening into the gastro duodenal arterey, in Dub. hosp. Gaz, avr. 1855. — Mattei (de Bastia), abcès du foie ouvert dans l'intestin, in Rev. méd. chir. mai 1855. — Martin (B.), treatment of the suppurative stage of acute hépatitis, Lancet 1864. — Murchison. abscess of the liver in trans. of the path, soc. of Lond. 1867, et Pyœmic, abscess of the liver, Lancet 1868. — Moutard-Martin (R.), abcès du foie, Bul. soc. anat. 1874. — Mac Lean, on the diagnostic value of vomitury in some cases of hepatic abscess, in Brit. med. journ. août 1874, et article abcès du foie in Reynolds, syst. of med. — Meunier, considération sua l'hépatite et les abcès du foie. Th. Paris 1850. — Mercadier, de l'hépatite. Th. Paris 1853.

— Mouret, hépatite, sa coïncidence avec la dysenterie. Th. Paris 1853. — Musser, some statistics of hepatic deseases. Philad. med. times, juillet 1885. — Maurel, étude clinique sur les abcès du foie. Th. Paris 1881. — Mahé, étude sur les maladies endémiques au Sénégal et à la cote occidentale d'Afrique. Th. Montp. 1865. — Mahé, programme de semeiotique et de semeiologie dans l'étude des maladies exotiques, arch. méd. nav., 1876-1879. Mac Léan, on abuse of mercure in hepatic deseases. indian of. med. sc. vol. III, p. 10. — Malgaigne, manuel de médecine opératoire, p. 481. — Martin-Dupont, abcès du foie ouvert par la méthrde du docteur Little de Shang-Haï, guérison, arch. de med. nav. 1885. — Monneret, description et valeur seméiotique de quelques symptômes des maladies du foie. Bull. acad. méd. 1850. — Moore, cause of hepatic abscess. Lancet, oct. 1885.

Olmeta, contribution à l'histoire de l'hépatite des pays chauds Th. Montp. 1868. — Ormerod, suppurative inflammation of the liver, With inflammation of the portal vein. Lancet 1846.

Piorry. — Traité de méd. pratique T. IV p. 444. — Pros. Essai sur l'hépatite. Th. Montp. 1845. — Pinault, abcès du foie, obs. rec. à l'hôp. Cochin, arch. de méd. 1828. — Portal, observation sur la nature et le traitement des maladies de foie. — Perier (J.), des abcès de foie ; considération étiologique à l'occasion d'un cas de guérison d'abcès hépatique, rec. de mém. de méd. et chir. mil. 1877. — Pavy, abscess of the liver consécutive to dysentery, in Guy's hosp. rep. et méd. times 1852. — Seacock, abscess of the liver, in méd. times and.Gaz.nov.1867.—Prud'homme, abcès du foie ouvert dans la plèvre, Gaz. in des hôp. 1869.— Peacock, abscess of the liver opening into the right pleural cavity, transact of the path. soc. 1869. — Pacheco (de Mexico) abcès du foie guéri par la ponction, in Gaz. méd de l'Algérie 1871. — Payne, two cases of suppuration of the liver, conséquent of irritation of the appendix vermiformés, in transact. of the pathol. soc. of London XXXI p. 231. — Parkes, on some points connected with the élimination of nitrogen from the human body, Lancet 1871. — Poul (J. de) Recherches sur le traitement de l'hépatite circonscrite suppurée. Th. Paris 1882.

Rouis, recherches sur les suppurations endémiques du foie. Paris, 1869. — Ramirez (Lino), abcès du foie, ponction pure et simple,

congrès int. de Paris 1867. — Ramirez (Lino), du traitement des abcès du foie, Paris 1869. — Rochard, traitement des abcès du foie par l'ouverture large et directe, combinée avec la méthode antiseptique de Lister, compt. rend. acad. méd. oct. 1880 et 3 oct. 1882 et 24 oct. 1882 et congrès d'Alger 1881. — Rendu, article Foie du dict. encycl. — Raikem, recherches, observations et réflexions sur les abcès du foie ouverts dans les bronches, acad. méd. Belgique avril 1847. — Rogers, The cases of hep. abscess, in Brite. méd. journ. 1857. — de Ranse, Hépatite, subaigüe, terminée par suppuration in gaz. des hôp. 1867. — Ritchey, Hépatic abscess, in philadelphia méd. and, Surg, rep. 1871. — Rosapelly, abcès du foie, Bull. soc. anat. 1872. — Remoneau, foie, ses abcès, th. Paris 1855. — Rebouilleau, Hépatite des pays chauds. Th. Paris 1865. — Rabaine, hépatite aiguë suppurée primitive journ. méd. de Bordeaux 1885. — Richaud, topographie médicale de la Cochinchine Française arch. de méd. nav. 1864. — Ruíz de Lavison, chronologie des maladies de Saint-Pierre, Martinique, arch. méd. nav. 1869. — Rey. art. géographie médicale in dict. méd. et chir. prat. — Roux (Fernand), traité pratique des maladies des pays chauds, 1886. — Rochard, étude synthétique sur les épidémies endémiques, arch. méd. nav. 1871, — Reid (M), hépatic abscess, terminating fatally, lancet 1883. — Richard, étude d'un nouveau mode de traitement des abcès du foie, rec. men. de méd. et chir. mil. 3e série, T. XXXVII. P. 90. — Rousse (C), de l'ouverture des abcès du foie. th. mont. 1883.

Sergent. — De l'hépatite spontanée. Th. Paris 1852. — St-Vel, traité des maladies des régions intertropicales. Paris 1868. — Sachs, diagnostic des abcès du foie in Gaz. hebd. n° 14. 1868. — Starkloof, abscess of the liver, in St-Louis, méd. and. surg. journ. 1871. — Starr, case of hepatic abscess. occuring in a child, in trans, of Un. col. of phys of Philad. 1876.— Sachs. traité de l'hépatite des pays chauds, analysé par Van Leent in arch. méd. nav. 1878.— Scarron, hépatite chronique observée dans l'Amérique du sud, précédé de quelques considérations sur la topographie médicale du Chili. — Saux, hépatite des pays chauds. Th. Paris 1868. — Sollaud, relation d'un abcés du foie traité par la méthode des médecins anglais en chine, guérison arch. méd. nav. t xxxvii p. 406. — Simon (J.) article : foie, dict. méd. et chir. prat. — Sarrazin, de la dysenterie des pays

dans ses rapports avec les maladies du foie. Th. montp. 1883. — Stromeyer Little et Ayme. note sur le traitement des abcès du foie à l'hôp. de Shang-Haï, arch. méd. nav. 1880.

Trousseau.— Cliniq. méd. de l'Hôtel-Dieu, 3e éd. Paris 1868.— Tait, observation on hepatic abscess, in Edimb. monthly journ. of méd. sc. 1852.— Champson, abscess of the liver bursting in to right pleural cavity in Brit. méd. journ. fev 1867. — Trader, case of hepatic abscess, in St-Louis méd. and. sur g journ. 1868. — Teste d'Armand, hépatite suppurée des pays chauds, in Gaz. des hôp. oct. 1885. — Thévenot, traité des maladies des européens dans les pays chauds, Paris 1840.— Tait, (Lawson) Hepatotomy, Lancet 1881.

Vedel. Difficultés du diagnostic des abcès du foie, Rec. mén. méd. et chir. mil. 1880. — Van arkën, hépatitis in the tropics — in dub. hosp. Gaz. 1857. Veyssière, abcés du foie, in bull. soc. anat. 1873. — Valmont, variations de l'urée dans les maladies du foie, Th. Paris 1879. — Vidaillet, de l'hépatite des pays chauds, Th. montp. 1868.— Veale, on the treatment of abscess of the liver. Waring, an anquiry into the statistic and pathol, abscess of the liver, 1854.— Wallace, recherches sur les propriétés médicales du chlore, particulièrement dans les maladies du foie. arch. méd. 1824.— Wright, abscess of the liver opening in to the pleura and péricardium, in edimb. méd. journ. 1866. — Ward, abscess of the liver, Lancet 1868. — Ward, hepatic abscess, Lancet 1873.— Woillez, dictionnaire de diagnostic médical. — West (Sam) multiple hépatic abscess in à boy, Lancet 1884. —